This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

**A propos de ce livre**

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

**Consignes d'utilisation**

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

**À propos du service Google Recherche de Livres**

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR


**Le Docteur Jules CHÉRON**

**Médecin de Saint-Lazare**

Professeur libre de gynécologie (École pratique),
Docteur ès sciences, Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction Publique
Membre de la Société de Médecine de Paris, Lauréat de l'Institut (physiologie expérimentale), Lauréat de la Faculté de Médecine (prix Barbier), etc.


AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES DOCTEURS :


GIUSEPPE BERRUTI
Agrégé à la Faculté de Médecine, Professeur à l'Université royale de Turin.

DEMBO
de Saint-Pétersbourg.

R. FAUQUEZ
Médecin-adjoint de Saint-Lazare.

LÉON LABBÉ
Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

LANNELONGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

LE PILEUR
Médecin de Saint-Lazare.

PÉAN
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

H. VERRIER
Ancien préparateur des cours d'accouchement à la Faculté de Médecine de Paris.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

Dr Jules BATUAUD

*Ancien interne de Saint-Lazare*



TOME DIX-NEUVIÈME

PARIS

ADMINISTRATION ET RÉDACTION

45, BOULEVARD MALESHERBES, 45

1897

ON MEDICA
JUL 30 1912
LIBRARY

CATALOGUED
JUL 30 1913
C.

BOSTON MEDIC
JUL 30 1
LIBRARY

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

### TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS.

Le *Journal des Praticiens* publiait, le 15 décembre dernier, un résumé succinct des divers procédés d'électrisation employés dans le traitement des fibro-myomes utérins.

Nous ne parlerions pas, ici, de cet article du Dr Denis Courtade, s'il n'avait valu à cet honoré confrère une lettre de réclamation d'un des médecins qui, bien après le Dr Chéron, ont employé et plus ou moins modifié l'électrisation intra-vaginale à faible intensité.

Nous devons protester contre certaines des assertions contenues dans la lettre de réclamation à laquelle nous venons de faire allusion.

Le signataire de cette lettre semble dire que le Dr Chéron a renoncé à son procédé d'électrisation des tumeurs fibreuses, après avoir constaté l'insuccès de ses tentatives. Or, rien n'est plus faux, ainsi que nous allons le prouver par quelques citations empruntées à ce journal.

Non seulement le Dr Chéron n'a pas renoncé à son mode d'électrisation, mais encore ses élèves ont continué à rester fidèles à un procédé électrique qui leur donnait les meilleurs résultats. Nous n'en voulons pour preuve que le mémoire de M. Fauquez publié, dans ce journal, en novembre 1888 et les

nombreux articles dans lesquels j'ai moi-même indiqué toutes mes préférences pour la méthode du Dr CHÉRON, sans parler des confrères qui, s'occupant d'électrothérapie, nous ont dit traiter leurs malades tantôt d'après la technique du Dr APOSTOLI, tantôt d'après celle du Dr CHÉRON, suivant les cas.

Le protestataire du *Journal des Praticiens* est-il bien certain qu'il y ait beaucoup de médecins qui suivent son exemple et qui appliquent exactement la technique préconisée par lui ?

MUNDÉ (de New-York), MORITZ BÉNÉDICK (de Vienne) et bien d'autres auteurs font de l'électrisation intra-vaginale avec des variantes dans la manière d'électriser, avec ou sans renversement des courants, et ce n'est qu'une nouvelle technique peu différente, en définitive, de celle de ses prédécesseurs que notre contradicteur appelle un peu prétentieusement sa méthode.

Le Dr CHÉRON a imaginé deux procédés d'électrisation, il est vrai ; le premier décrit, en 1878, sous le nom de : *intermittences rythmées du courant continu* ; le second, décrit en 1889, après 4 années d'expérimentations, sous le nom de : *décharges rythmées du condensateur voltaïque*. Mais ce n'est pas à dire, pour celà, qu'il jugeait mauvais ou même seulement douteux, les résultats obtenus par le premier procédé. La substitution des décharges rythmées du condensateur voltaïque aux intermittences rythmées du courant continu n'était qu'un perfectionnement à la première manière de faire. L'interposition du condensateur voltaïque, en effet, ne changeait nullement le mode essentiel d'emploi de l'électricité ; cette interposition n'avait d'autre but que de permettre l'utilisation de chocs électriques d'une force plus grande sans, pour cela, devenir douloureux. C'était donc bien une amélioration, mais nullement une négation de la technique primitivement employée.

J'ajouterai, du reste, qu'à la clinique du Dr CHÉRON, et cela jusqu'au dernier moment, on continua à traiter les tumeurs fibreuses par les intermittences rythmées du courant continu,

M. Chéron, M. Fauquez et moi-même continuons toujours d'employer ces mêmes intermittences rythmées du courant continu pour les malades atteintes de fibro-myomes que nous électrisons chez elles, et cela parce que nous en obtenons toujours de bons résultats et que nous trouvons inutile de compliquer, dans ce cas, l'instrumentation. On comprend que cette dernière considération soit négligeable quand il s'agit de soumettre à l'électrisation les malades qui viennent se faire soigner à notre consultation.

Nous ferons remarquer, en terminant, qu'étant des gynécologistes et non de purs électriciens, nous ne nous bornons pas à mettre en œuvre le seul traitement électrique et que nous remplissons les autres indications thérapeutiques présentées par le cas à traiter, à l'aide des différents moyens que met à notre disposition la gynécologie actuelle.

Jules Batuaud.

Voici, enfin, deux extraits qui suffiront, pensons-nous, à titre de pièces justificatives ; nous les empruntons à la *Revue des maladies des femmes* (novembre 1889 et décembre 1889) :

**Traitement des corps fibreux de l'utérus par les décharges rythmées du condensateur voltaïque (micro-farad.),**

Par le Dr Jules Chéron. (*Rev. des mal. des femmes*, *nov.* 1889.)

Dans mes cours à l'Ecole pratique, en 1878, j'ai fait connaître ma méthode de traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par l'électricité.

Je démontrai, dès cette époque, qu'on arrivait rapidement à faire disparaître les hémorrhagies dues à la présence de corps fibreux utérins, interstitiels ou sous-muqueux, au moyen des intermittences rythmées du courant continu, réglées à un minimum de deux intermittences par seconde. Je démontrai également que, par ce mode de traitement, le volume des tumeurs fibreuses pouvait être réduit dans de notables proportions, si bien que l'on faisait cesser ainsi les phénomènes de compression que la tumeur pouvait occasionner du côté de la vessie, du rectum ou des nerfs du bassin. J'établis qu'on devait faire usage du pôle positif comme excitateur interne, excitateur que

je plaçais soit sur le col, dans l'un des culs-de-sac du vagin, soit dans le canal cervical ou même dans la cavité utérine, lorsque l'introduction de l'excitateur pouvait se faire facilement et sans violence. Le pôle négatif était mis en rapport avec une large électrode à éponge placée au niveau du fond de l'utérus, sur la paroi abdominale.

Pour éviter des brûlures à la peau qui auraient pu survenir lorsque le courant devenait assez intense, j'intercalais, dans le circuit, un rhéostat qui me permettait de diminuer à volonté l'action chimique.

En 1883, lorsque l'on fit des galvanomètres divisés en milliampères je me mis en mesure de mettre ma méthode au courant du progrès scientifique, et, au lieu de compter, comme je le faisais auparavant, le nombre des éléments de pile à employer, j'établis que les meilleurs résultats étaient obtenus avec des courants d'une intensité variant de 15 milliampères (minimum) à 60 milliampères (maximum) suivant la tolérance individuelle et l'époque du traitement. Je conseillais de commencer par 15 milliampères et d'arriver peu à peu, dans les séances ultérieures, à 60 milliampères. Deux à six séances par semaine ; 10 à 15 minutes d'électrisation par séance (1.200 à 1.500 chocs), telles étaient les dernières règles que je posai.

Un grand nombre de malades ont été soignées par ma méthode des intermittences rythmées du courant continu ; je puis dire que, dans aucun cas, il n'y a eu le plus léger accident. Tous les fibro-myomes ainsi traités ont été rapidement améliorés, si bien que, pour moi, quand une tumeur qui semble être un fibro-myome, résiste à l'application de mon traitement, je n'hésite pas à déclarer qu'il s'agit d'une tumeur fibro-kystique. Dans plusieurs cas, j'ai pu vérifier cette assertion ; la tumeur rebelle, après ablation, fut reconnue, macroscopiquement et histologiquement, être une tumeur fibro-kystique.

A mon avis, l'action électrolytique ou chimique du courant, produisant la cautérisation de la muqueuse intra-utérine, si elle peut être utile quelquefois, ne saurait être pratiquée avec avantage dans le plus grand nombre des cas.

Il n'y a donc rien de commun entre la méthode que je préconise, depuis une douzaine d'années, et la méthode de galvano-caustie chimique intra-utérine qui a été imaginée, plus tard, appliquée avec succès et énergiquement défendue par M. Apostoli. Nous arrivons tous les deux à des résultats à peu près semblables par un mode de traitement tout à fait différent. Si ma méthode a une action peut-être moins rapide, en revanche elle est plus facile à faire accepter des malades, elle est moins douloureuse et n'expose à aucun accident ; c'est, sous ce dernier rapport surtout, qu'elle se montre supérieure.

Il restait à démontrer que sans action chimique aucune, en utili-

sant exclusivement l'action mécanique du courant, on pouvait obtenir aussi rapidement que par l'électrolyse la guérison symptomatique et la diminution graduelle de la tumeur fibreuse. C'est pourquoi, pendant quatre années consécutives, j'ai expérimenté les *décharges rythmées du condenseur voltaïque* (micro-farad.). La description de l'appareil et le manuel opératoire feront le sujet de l'un de nos prochains formulaires. Pour aujourd'hui, je me contenterai de dire que les résultats de l'expérience sont venus confirmer de tous points la théorie que j'ai donnée, en 1878, du mode d'action des intermittences rythmées du courant continu.

## Traitement des corps fibreux de l'utérus par les décharges rythmées du condensateur voltaïque (*suite*),

Par le Dr J. Chéron. (*Rev. des mal. des femmes, décembre* 1889.)

J'ai parlé dernièrement des recherches entreprises par moi pour démontrer que, sans aucune action chimique, en utilisant uniquement l'action mécanique des courants, on arrivait, aussi rapidement qu'avec l'électrolyse, à la guérison symptomatique et à la diminution graduelle des corps fibreux.

Sans entrer ici dans le détail de mes expériences qui ont porté sur les dimensions à donner aux condensateurs, sur leur groupement, sur le nombre et la nature des piles employées à la charge des condensateurs, je passerai d'emblée à la description de l'appareil et du manuel opératoire auxquels je me suis définitivement arrêté.

Mon appareil se compose :

1° D'une pile, ayant un nombre d'éléments variant de 60 à 80, selon que le traitement est appliqué au domicile du malade ou dans le cabinet du praticien. Le choix du genre d'éléments est indifférent, la question d'intensité étant ici secondaire, ainsi que nous le verrons plus loin. La pile Leclanché et ses nombreux dérivés sont ceux qui sont les plus commodes à employer. Je me sers, pour mon compte, du modèle imaginé par Gaiffe et qui est très satisfaisant à tous égards.

2° D'un condensateur voltaïque. Je ne rappellerai pas la définition du condensateur : *Deux conducteurs de forme quelconque, séparés par un isolant ou diélectrique, et possédant des charges de signes contraires, constituent un condensateur*.

La forme la plus communément adoptée aujourd'hui pour les condensateurs consiste dans une série de feuilles d'étain, empilées les unes sur les autres et séparées par des feuilles isolantes.

Les différences entre les divers condensateurs imaginés par les constructeurs portent principalement sur la nature du diélectrique,

dont la capacité inductive spécifique, ou *capacité diélectrique* est un facteur important de la capacité même du condensateur.

La capacité d'un condensateur se mesure en microfarad (1). Elle est proportionnelle à la capacité inductive spécifique K du diélectrique, à l'aire des surfaces opposées S, et inversement proportionnelle à l'épaisseur D de la couche isolante, de sorte que l'on a, entre ces divers facteurs, la relation suivante :

$$C = \frac{K\,S}{d}$$

La capacité inductive spécifique d'un diélectrique varie dans une assez large mesure. On s'en fera une idée en remarquant que si l'on prend pour unité celle de l'air, on a le nombre 2 pour celle du verre, 3 pour celle du caoutchouc et 5 pour celle du mica.

La capacité des condensateurs que l'on peut employer utilement en gynécologie varie entre 0.5 et 1.5 microfarads. Le praticien a donc une grande latitude dans le choix de la capacité du condensateur qu'il emploie.

Nos expériences personnelles nous ont d'ailleurs démontré, qu'en pratique des différences de capacité de 0.25 d'un condensateur à un autre ne sont que fort peu appréciables au point de vue de l'intensité de la secousse produite sur le muscle.

3° Enfin, un mouvement d'horlogerie présentant des dispositions spéciales sur lesquelles il est utile d'insister.

Ce mouvement d'horlogerie, muni d'un balancier dont on fait varier la vitesse d'oscillation à l'aide d'un poids glissant le long d'une tige verticale, comme le métronome, détermine à chaque oscillation, le *basculement brusque* d'un levier métallique analogue au fléau d'une balance. Chacune des extrémités de ce fléau porte une pointe métallique, en fer étamé, en argent ou en tout autre métal ayant quelque affinité pour le mercure.

Ce détail a son importance et le choix de ces métaux est le résultat d'expériences que la place ne nous permet pas de relater ici. Les pointes métalliques sont situées chacune au-dessus d'une petite cuve en fer, pleine de mercure.

Ces deux cuves sont parfaitement isolées du mouvement d'horlogerie et les pointes métalliques ne plongent dans le mercure qu'à tour de rôle.

A l'aide d'un système de commutateurs, les connexions entre la

(1) Le Farad est l'unité pratique de capacité. Comme le Farad représente une quantité trop grande pour les besoins de la pratique, on fait usage du microfarad qui vaut la $\frac{1}{1.000.000}$ partie du Farad.

pile, le balancier, les cuves à mercure et le circuit extérieur peuvent être établies de telle sorte qu'avec mon appareil ainsi disposé on peut, dans un but de comparaison, obtenir séparément :

1° Le choc électrique résultant de l'interruption d'un courant continu ;

2° Le choc électrique résultant de l'intermittence d'un courant continu ;

3° Le choc électrique résultant de la décharge du condensateur.

Je ne discuterai pas ici la valeur de ces trois espèces de chocs électriques. Je m'empresse de dire que dans la majorité des cas, je m'en tiens au dernier. Les avantages que présente ce mode de secousse sont nombreux. Pour n'en citer que les principaux, je signalerai l'absence de douleur produite par la secousse, résultat de l'absence d'action chimique et la conservation de l'énergie de la décharge pour un même nombre d'éléments, quelle que soit la durée d'application. Ce dernier résultat tient à ce que, avec le condensateur, la pile n'étant jamais fermée sur elle-même, elle ne se polarise pas et conserve, conséquemment, la même pression.

En résumé, un condensateur de 0.5 à 1,5 microfarad, un interrupteur à mercure, et une pile de 60 à 80 éléments, tel est l'appareil nécessaire pour appliquer aux corps fibreux de l'utérus la méthode de traitement que j'ai imaginée il y a plus de 15 ans et modifiée dans ces dernières années.

Quant au manuel opératoire, il est des plus simples. Il a été décrit par moi en 1879, dans un mémoire sur la question publié dans la Revue par le Dr Fauquez (1) et par M. J. Batuaud en 1887.

Je n'en reparle donc pas, mais j'ajoute en terminant :

Aujourd'hui où les procédés de traitement physico-mécaniques sont soumis, comme les autres, à un dosage précis, il est bon de dire quelques mots sur l'évaluation de la secousse produite par la décharge de condensateur.

La valeur de la secousse peut être donnée par l'énergie due à la décharge du condensateur, exprimée en milligrammètres.

Elle a pour formule :

$$W = \frac{1}{2} \cdot E^2 C \times \frac{1}{98.1} \text{ (2)}$$

Elle montre que pour un même condensateur, l'énergie de la secousse croît avec le carré de la force électromotrice de la pile. Connaissant la force électromotrice de l'élément que l'on emploie, et,

(1) *Revue des maladies des femmes*, nov. 1888.

(2) E étant la force électromotrice, C la capacité du condensateur, W l'expression de l'énergie en milligrammètre.

d'autre part, dans la pratique médicale, le condensateur ayant une capacité invariable, il est facile de dresser, une fois pour toutes, une table des valeurs de la secousse avec 1, 2, 3, 4 ... *n* éléments.

Enfin, la secousse peut être appréciée en fonction de la quantité d'électricité qui traverse le circuit extérieur au moment de la décharge. Le galvanomètre balistique est l'instrument à employer pour effectuer cette mesure : Lorsqu'on décharge instantanément une certaine quantité d'électricité dans un galvanomètre disposé de manière à annuler autant que possible, la résistance de l'air au mouvement de l'aiguille, la quantité d'électricité qui passe est proportionnelle au sinus de la moitié de l'angle d'oscillation. Le galvanomètre à cadre mobile de Deprez-d'Arsonval peut être très bien employé à cette mesure.

---

# TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(14e *article, voir les nos précédents, à partir de janvier 1895.*)

—

## Du massage gynécologique (*Suite*) (1).

TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS NON ADHÉRENTES,

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

—

Sommaire. — Au point de vue du traitement, il importe peu qu'on soit en présence d'une rétroversion ou d'une rétroflexion, mais il y a lieu de décrire séparément le traitement des rétrodéviations (versions et flexions) non adhérentes et celui des rétrodéviations adhérentes. Importance des lésions annexielles dans les rétrodéviations.

Procédés de réduction des rétrodéviations imaginés par Thure Brandt et description des procédés de réduction abdomino-vaginale : *a*) mouvement de bascule ; *b*) étreinte ; *c*) accrochement ; *d*) pression de redressement.

Le mouvement de bascule, l'étreinte et l'accrochement sont les seuls procédés que nous conseillons, et ils réussissent toujours, l'un ou l'autre, quand l'utérus est rigide. A moins d'une virtuosité particulière, au contraire, tous les procédés de réduction peuvent échouer quand l'utérus est mollasse, d'où dérive l'importance du durcissement préalable de l'utérus.

Moyens d'obtenir ce durcissement :

*a*) procédé du Dr Chéron : action topique des pessaires de Hodge et manière de s'en servir dans ce but.

*b*) procédés du Dr Batuaud : nouvelle tige intra-utérine pour faciliter la

(1) Voir, sur le massage gynécologique, les numéros d'avril, mai, juillet et décembre 1896.

**réduction manuelle des rétrodéviations : 1° durcissement extemporané et réduction manuelle, la tige intra-utérine étant en place ; 2° durcissement progressif de l'utérus par le séjour plus ou moins prolongé de la tige intra-utérine, puis réduction exclusivement manuelle.**

**Maintien de la réduction par la columnisation vaginale ou par les pessaires.**

On s'accorde, actuellement, pour ne pas accorder une importance aussi grande qu'autrefois à la flexion du corps de l'utérus sur le col quand l'organe est dévié en arrière. Si, au point de vue symptomatologique, l'existence d'un angle de flexion entre les deux parties de l'utérus mérite d'être prise en considération, l importe peu, au point de vue thérapeutique, d'être en présence d'une rétroversion ou d'une rétroflexion et il est logique d'englober ces deux modalités de déviation en arrière sous le terme de rétrodéviation.

Une distinction capitale, en revanche, est celle qu'il y a lieu de faire entre les rétrodéviations non adhérentes et les rétrodéviations adhérentes, et cela surtout en raison de la gravité variable des lésions annexielles, suivant que l'on a affaire à l'une ou l'autre variété de rétrodéviations. Ce n'est pas que, dans les rétrodéviations non adhérentes elles-mêmes, les annexes se présentent toujours avec une situation normale et un volume normal ; loin de là, il est presque constant, quand la rétrodéviation est ancienne, de trouver les annexes en prolapsus derrière l'utérus et plus ou moins tuméfiées. Mais, si la rétrodéviation est mobile, ces changements de volume et de situation des annexes sont fonction, en quelque sorte, du déplacement utérin. Réduisez l'utérus en bonne position et les annexes reprendront une situation normale, la stase sanguine qui les entretenait dans un état de congestion permanente cessera en même temps, enfin la rétention des sécrétions tubaires disparaîtra dès que les trompes replacées pourront désormais évacuer facilement leur contenu du côté de l'utérus.

Il n'y a donc pas, en règle générale, à se préoccuper des annexes dans les rétrodéviations mobiles et on doit d'emblée rétablir la statique utérine, ce qui est le moyen le plus rapide que nous ayons d'agir sur les lésions secondaires et subordonnées des annexes.

Dans les rétrodéviations adhérentes, au contraire, les lésions

annexielles sont primitives à la déviation utérine, ou bien elles sont les lésions les plus importantes à traiter tout d'abord, ainsi que nous l'exposerons dans notre prochain chapitre.

Il nous suffit, pour aujourd'hui, d'avoir nettement précisé cette question avant de décrire le traitement manuel des rétrodéviations non adhérentes, les seules que nous ayons en vue dans ce chapitre.

Thure Brandt, auquel nous devons faire des emprunts constants dans ces études sur le massage gynécologique, décrit un grand nombre de procédés de réduction des rétrodéviations. La réduction peut être opérée, par le vagin et l'abdomen (redressement ventro-vaginal), par le rectum et le vagin (redressement recto-vaginal), ou à la fois par le rectum, le vagin et l'abdomen (redressement ventro-recto-vaginal).

Nous ne décrirons, ici, que les procédés de réduction abdomino-vaginale qui sont certainement les plus importants. Ces procédés sont au nombre de quatre : *a*) mouvement de bascule ; *b*) étreinte ; *c*) accrochement ; *d*) pression de redressement.

Les voici tels que l'auteur les expose lui-même dans son « *Traitement gymnastique médical des affections du bas-ventre de la femme* », p. 23, 24 et 25 :

« a) *Mouvement de bascule* (Guppening). On l'emploie quand l'utérus est petit et rigide, de manière que le fond peut être soulevé par pression, sur la face antérieure de la portion vaginale et que, par là, la main libre peut saisir, à travers les parois abdominales, derrière le fond utérin.

b) *Etreinte* (Klamming). Est employée quand l'utérus se trouve tout contre le sacrum et ne peut par conséquent être versé (1). Cette manœuvre se fait de la manière suivante : à travers les parois abdominales, on pose légèrement les doigts de la main libre au-dessus du fond utérin, et au moment où le doigt interne, placé sur la portion vaginale, pousse l'utérus en haut, on enfonce les doigts de la main libre derrière le fond utérin, après quoi on attire l'utérus en avant et en bas, contre le pubis, de la façon habituelle, c'est-à-dire bimanuellement.

c) *Accrochement* (Ikrokning). Est employé dans les rétro-

(1) Versé est pris ici dans le sens de basculé.

flexions quand l'utérus est très flexible et que la pression sur le col augmente encore l'angle de flexion. La chose principale, c'est de glisser, par un des côtés de la matrice, l'extrémité digitale sous le fond utérin et de soulever celui-ci vers les parois abdominales où les doigts de la main libre le saisissent en arrière et achèvent la réduction.

d) *Pression de redressement.* Est à employer quand la portion vaginale est dirigée en avant et se trouve fixée dans cette position. Dans ces cas nous avons procédé de la manière suivante :

La patiente étant dans la position mi-couchée-courbée, on introduit l'index de la main gauche dans le vagin et on l'engage sous le fond utérin, puis, comme dans le manuel précédent, on relève l'utérus vers les parois abdominales. On place alors les extrémités des doigts de la main droite sur les parois abdominales, immédiatement au-dessus de la symphyse et on les pousse jusque sur la région de l'isthme de l'utérus. On amène à présent le doigt interne en avant, on le place sur la face antérieure du col, tout contre les doigts de la main libre, on exerce une pression simultanée des deux mains, de manière à refouler la matrice en haut et en arrière, le long du sacrum, jusqu'à ce que les parties de soutien antérieures opposent de la résistance. On maintient la pression pendant quelques secondes. Par suite de ces manœuvres, l'utérus est déjà quelque peu fléchi en avant. Maintenant, tandis que le doigt explorateur, resté en place, soutient seul l'utérus, on remonte légèrement le long de celui-ci, avec la main libre, et quand les extrémités digitales ont dépassé le fond utérin, on les enfonce immédiatement, mais prudemment, derrière le fond. Si, contre toute attente, la réduction de l'utérus n'a pas complètement réussi, on retourne prudemment la main libre, de manière que les extrémités digitales arrivent en bas, et on complète la réduction en exerçant une légère pression vers l'avant et le bas ou de légers frottements circulaires au-dessus du fond utérin : L'utérus se trouve maintenant le long du doigt explorateur qui pendant tout le temps est donc resté presqu'immobile. »

Quand l'utérus est rigide et petit, le mouvement de bascule réussit toujours ou presque toujours ; si l'utérus est rigide et volumineux, on réussira également bien soit par l'étreinte, soit par l'accrochement. En revanche, quand l'utérus est mollasse, et

surtout quand il est à la fois mou et volumineux, deux conditions fâcheuses trop souvent associées, on peut échouer et on échoue même presque constamment, à moins d'une virtuosité particulière, et cela quelque procédé de réduction que l'on mette en œuvre. Or, ces dernières formes de rétrodéviation sont loin d'être rares et on comprend immédiatement quelle importance il y aurait à obtenir le durcissement artificiel de l'utérus, comme moyen de préparation à la reposition manuelle de l'organe.

Nous avons, l'un et l'autre, étudié la question et cherché à réaliser le durcissement de l'utérus par des moyens thérapeutiques variés. Après de nombreux essais, voici les procédés que nous croyons pouvoir conseiller comme les plus pratiques :

a) *Procédé du Dr Chéron* : Le Dr Chéron a remarqué, dans ces derniers temps, que la paroi postérieure de l'utérus se raffermit et se durcit progressivement lorsqu'on maintient un corps étranger rigide à son contact. Le corps stimulant choisi par lui est le pessaire souple en étain, en forme de boucle. Il place donc un de ces pessaires à peine courbé et le laisse pendant trois à quatre jours dans le vagin. Le pessaire est alors enlevé, nettoyé, et légèrement courbé au niveau de sa branche postérieure, puis placé dans le vagin et laissé en place pendant le même temps. Dès ce moment l'utérus a commencé à se tasser, à durcir et à diminuer de volume. Tous les trois à quatre jours, on enlève le pessaire et on le courbe un peu plus, jusqu'à lui donner la forme d'un pessaire de Hodge à dossier très élevé. Pendant ce temps, l'utérus s'est relevé progressivement jusqu'à reprendre une position voisine de la normale. Rien n'est plus facile, du reste, que de compléter manuellement la reposition, si on la juge insuffisante, puisque l'organe s'est peu à peu réduit de volume et en même temps est devenu plus ou moins rigide.

b) *Procédés du Dr Batuaud.* Ils supposent l'emploi d'un appareil présentée par l'auteur, en 1894, à l'Association française pour l'avancement des sciences (1).

Cet appareil se compose de deux parties : 1° une tige intra-utérine et 2° une pince spéciale destinée à porter la tige dans l'utérus.

(1) Jules Batuaud. De l'emploi d'une nouvelle tige intra-utérine pour faciliter la réduction manuelle des rétrodéviations. *Assoc. franç. pour l'avance. des sciences* (session de Caen), 31 août 1894. — Voir la figure dans le numéro d'août 1894 de la *Revue des maladies des femmes.*

1° La tige intra-utérine est cylindrique, d'une longueur de six centimètres et d'un diamètre uniforme de 3 millimètres. Cette tige est en cuivre rouge nickelé, de façon à pouvoir être courbée au besoin et elle est terminée par une boule de 1 centimètre de diamètre.

2° La pince porte-tige est une pince en acier nickelé, démontable, dont les branches sont maintenues plus ou moins serrées à l'aide d'une crémaillère qui réunit les anneaux et dont les mors, creux et courbés, sur le champ, sont disposés de façon à permettre de placer la tige, en embrassant la boule qui la termine, dans toutes les inclinaisons que l'on désire.

L'appareil est, ainsi, très facile à aseptiser, condition indispensable à l'innocuité de son emploi. Cette asepsie de l'appareil s'obtient par le passage à l'étuve ou simplement par le flambage sur la lampe à alcool suivi de l'immersion dans une solution phéniquée forte.

a) Ier *procédé* : durcissement extemporané de l'utérus et réduction manuelle, la tige étant en place :

On enroule, autour de la tige et dans toute sa longueur, une poupée d'ouate hydrophile aseptique qu'on fait aussi grosse que le permet la perméabilité de l'utérus. Cette ouate est imbibée d'une solution concentrée de résorcine, ce qui la rend onctueuse et facile à introduire dans la cavité utérine ; en même temps on met, ainsi, au contact de la muqueuse utérine, un excellent topique à la fois antiseptique et modificateur de la muqueuse.

La mise en place, dans la cavité utérine, de la tige en question, est très facile, même sans dilatation préalable ; jamais l'abaissement forcé du col n'est nécessaire. L'introduction de la tige se fait comme celle de l'hystéromètre, soit sans l'aide du spéculum, en se guidant sur le doigt indicateur placé, au contact de l'orifice externe, sur la lèvre antérieure du col, soit avec l'aide du spéculum, si on le préfère.

Quelque accentuée que soit la rétrodéviation, l'introduction de la tige est rendue facile par la possibilité que l'on a de placer cette tige à angle plus ou moins aigu sur la pince porte-tige. Une fois la tige placée, il ne reste plus qu'à desserrer la pince et à la retirer, et désormais les *manœuvres de réduction vont se faire absolument comme s'il n'y avait rien dans l'utérus*, sans ja-

mais utiliser la boule de la tige comme un levier. L'utérus est, par la seule présence de la tige entourée d'ouate, devenue rigide et tout d'une pièce, et la réduction manuelle ne rencontre plus de difficultés.

β) 2e *procédé* : durcissement progressif de l'utérus par le séjour plus ou moins prolongé de la tige intra-utérine, puis réduction exclusivement manuelle :

Le Dr Batuaud ayant eu l'occasion d'expérimenter l'action du séjour de sa tige intra-utérine, comme stimulant de l'utérus, dans des cas de sub-involution récente avec utérus mollasse, augmenté de volume, très congestionné, mais en antéversion, put ainsi constater que cette tige était très bien tolérée jusqu'au jour où l'utérus reprenait sa contractilité normale, non sans s'être décongestionné au préalable et non sans s'être raffermi en diminuant de volume.

Il était logique, par conséquent, d'étendre cette même stimulation par la tige intra-utérine aux rétrodéviations à utérus mollasse. Les tentatives faites, dans ce dernier cas, furent satisfaisantes : la tige fut bien tolérée et le durcissement progressif de l'utérus fut obtenu comme dans la première série de faits.

Si donc rien n'oblige à faire la réduction de l'utérus dès la première séance, on se contentera de placer la tige intra-utérine et on la laissera en place pendant quelques jours. On ne procédera à la reposition de l'organe que lorsqu'on constatera qu'il est devenu rigide et facile à réduire manuellement.

La rétrodéviation réduite, il faut maintenir l'utérus en bonne position. Ce dernier résultat s'obtient soit par la columnisation du cul-de-sac postérieur (faite sans spéculum pour ne pas déplacer l'utérus) déjà décrite dans un de nos précédents articles (Voir pansements utéro-vaginaux), soit par l'introduction d'un des pessaires à rétroversion dont la description sera faite dans un autre chapitre.

---

# OPOTHÉRAPIE OVARIENNE

Par le Dr Jacobs (de Bruxelles) (1).

—

Serions-nous à la veille de voir se résoudre un des problèmes les plus obscurs de la physiologie, le rôle de l'ovaire dans l'organisme féminin, la détermination de la nature exacte de cet organe ?

L'attention est, depuis quelques mois, particulièrement attirée vers les phénomènes spéciaux qui se manifestent dans l'organisme de la femme après la ménopause artificielle provoquée par les opérations radicales sur les organes génitaux. Les recherches sont devenues d'autant plus nombreuses et générales que les progrès de la chirurgie abdominale ont plus largement ouvert le champ des tentatives thérapeutiques. La similitude des symptômes observés peu de temps après l'acte opératoire et des manifestations diverses et bien spéciales que signalent la plupart des femmes à l'époque du retour d'âge naturel, nous fait émettre l'hypothèse d'une sécrétion *interne* de la glande ovarienne. L'ablation des organes génitaux (utérus, trompes et ovaires) détermine chez la femme, à des degrés variables, l'apparition constante de bouffées de chaleur, céphalalgie, rachialgie, insomnie, inappétence et maux d'estomac, constipation, asthénie neuro-musculaire, anaphrodisie ou hyperexcitabilité sexuelle. Certains opérateurs ont observé que l'abandon des annexes dans la castration génitale était suivie de moins de troubles généraux que la castration totale.

L'hypothèse d'une sécrétion interne de la glande ovarienne paraît aujourd'hui s'établir par ce fait que l'administration d'ovaire ou d'extrait d'ovaires amende ou fait disparaître les phénomènes provoqués par l'ablation de l'organe. *Mainzer* (Berlin), *Chrobak* et *Mond* (Vienne), *Muret* (Lausanne) ont entrepris des recherches expérimentales dans ce sens. Il résulte de ces recherches que l'ovaire serait, non pas une glande antitoxique, mais plutôt un organe dont la sécrétion interne serait, sinon indispensable, du moins utile à la régularité du développement et du

(1) *La Policlinique*, 1er décembre 1896.

fonctionnement normal de l'organisme féminin. Ce fonctionnement régulier est troublé lorsque ces organes n'existent pas, s'atrophient ou sont enlevés, et l'organisme demande un temps plus ou moins long pour rétablir son équilibre, qui se fait peut-être par suppléance d'une autre glande à sécrétion interne. A ce sujet, les observations de *Hertoghe* (Anvers), sur l'action de l'extrait thyroïdien, sont des plus intéressantes.

Partant de ces données, nous avons depuis quelques mois administré de l'extrait d'ovaires à de nombreuses malades, opérées et non opérées. Nous tenons, dès à présent, à publier nos premiers résultats qui, comme on le verra plus loin, ont été, dans certains cas, merveilleux.

Nous avons prescrit l'extrait d'ovaires : 1° à une série de malades opérées d'ablation des organes génitaux, totalement ou partiellement, par la voie abdominale ou la voie vaginale, et chez lesquelles se manifestaient des troubles divers de ménopause, de dysménorrhée ;

2° A quelques personnes arrivées à l'âge de la ménopause naturelle et présentant des symptômes pénibles symptomatiques ;

3° A des jeunes filles anémiques.

Lors de l'établissement de la menstruation, la jeune fille traverse une crise qui se manifeste souvent par des phénomènes pathologiques dont l'expression extérieure la plus manifeste est la chlorose, avec accompagnement d'aménorrhée. Nous sommes portés à croire que cette chlorose, qui résiste si bien aux ferrugineux, — le médecin de famille le sait bien, — est due à une insuffisance fonctionnelle de la glande ovarienne. L'hypoplasie des organes génitaux, qui toujours est accompagnée de chlorose, viendrait encore confirmer cette hypothèse, de même encore que l'anémie de la femme enceinte.

4° Dans le même ordre d'idées, nous avons prescrit le médicament à des personnes atteintes d'aménorrhée due à un développement incomplet des organes génitaux, à des malades souffrant de dysménorrhée due à un arrêt de développement d'une partie des organes génitaux internes.

La glande ovarique a été administrée : 1° à l'état de nature ; 2° en poudre après dessiccation de l'organe ; 3° en extrait glycériné ou liquide ovarique.

L'ingestion de l'ovaire en nature est difficilement acceptée par les malades, aussi cette méthode est-elle généralement abandonnée. L'ovarine en poudre se digère difficilement chez beaucoup de personnes.

Après divers essais et tâtonnements (prescription de poudre d'ovaire) nous nous sommes décidés à faire ingérer l'extrait d'ovaire, non pas pur, mais en suspension dans du vin. Les malades l'absorbent très facilement, sans aucun dégoût, et nous n'avons observé jusqu'à présent aucun trouble ni accident, même après l'ingestion de doses exagérées.

Les premières recherches, poursuivies au laboratoire de notre Institut par MM. les Drs Thiébaut et Devos, datent du 29 mars 1896.

Le *vin Oophorine*, dont nous avons confié aujourd'hui la fabrication à MM. Lambotte et Clerfeyt, est à base d'extrait d'ovaires de vache. Ils ont apporté dans cette fabrication tous les perfectionnements d'aseptie et de stérilisation demandés par des manipulations aussi délicates. Les analyses que nous avons faites du produit nous permettent d'avoir toute confiance dans leur fabrication. Nous nous réservons de publier dans quelque temps les résultats des recherches de laboratoire, au point de vue chimique ; nous laisserons aujourd'hui la parole à l'expérimentation, nous bornant à la publication de nos observations, sans commentaires.

### A. — Anémie.

Observation I. — Personne de 26 ans, nullipare. Etat général languissant. Inappétence, constipation, digestions pénibles. Pâleur cireuse, troubles nerveux généraux ; céphalalgie, battements de cœur, insomnie. Du côté des organes génitaux : utérus petit, normal, annexes atrophiées sans lésions. Pertes blanches abondantes, menstruations irrégulières, très pénibles.

Prend le vin oophorine le 11 septembre 1896. Nous revoyons la malade le 18 septembre. Amélioration notable de l'état général, appétit et digestion bons, plus de pertes blanches. Moral meilleur, se sent plus courageuse.

Le 30 septembre, la céphalalgie a disparu. Le sommeil revient. Plus de pertes, selles régulières, appétit très bon. Etat général transformé.

Le 12 octobre, la menstruation a été peu douloureuse, de durée normale.

Le 16 octobre, ne prend plus le vin depuis huit jours. La nervosité est revenue avec l'insomnie ; les voies digestives sont mauvaises, inappétence. Reprise du médicament.

Le 15 novembre, menstruation peu dolente. Etat général satisfaisant. Sommeil, appétit régulier. Selles journalières, volontaires. Continue le traitement.

Obs. II. — 17 ans, nullipare. Menstruation irrégulière, peu abondante, dolente. Anémie depuis deux ans. Pertes blanches. Dépérissement, céphalée et battements de cœur.

Prend le vin oophorine en août 1896. Le 24 septembre, état général excellent, menstruation régulière, mais peu abondante. Plus de maux de tête ni battements de cœur. Continue le médicament.

Obs. III. — 16 ans, nullipare. Réglée à 14 1/2 ans. Menstruation très irrégulière, pertes blanches abondantes. Inappétence, céphalalgie, battements de cœur. Traitée sans résultats par les ferrugineux.

Vin oophorine le 2 octobre. Le 12 novembre, prend régulièrement le vin. Transformation de l'état général. L'enfant est courageuse, gaie, à la figure colorée et animée. Plus de pertes blanches ; appétit excellent. Plus de battements de cœur ni maux de tête. Reste en observation.

Obs. IV. — 30 ans, Ipare. Réglée à 18 ans. Accouchement il y a deux ans. Menstruation dolente, profuse, irrégulière, très abondante, en caillots. Très anémiée et découragée. Inappétence. Organes génitaux normaux, fortes douleurs lombaires.

Prend le vin oophorine le 2 octobre. Le 13 octobre, état général très satisfaisant. Plus courageuse, plus forte ; appétit. Selles régulières, sommeil très bon. Menstruation indolente, en caillots, moins abondante. Douleurs lombaires disparues.

Le 15 novembre, va très bien, courageuse et forte, a pris de l'embonpoint. Plus de pertes. Dernières règles ont duré six jours, quelques caillots, indolentes. Continue le traitement.

### B. — **Aménorrhée.**

Obs. V. — 22 ans, n'a jamais été réglée. Troubles généraux

profonds. Douleurs abdominales sans localisation. Atrophie utérine annexielle.

Pas traces de tuberculose. (Dr Demeersmann, de Landen.)

Vin oophorine le 21 septembre. Le 21 octobre, amélioration de l'état général, plus aucune douleur abdominale, sauf pendant deux, trois jours. Appétit.

Le 10 novembre, état général excellent. Embonpoint. Appétit et selles régulières. A eu des pertes blanches pendant deux, trois jours, à deux reprises, à trois semaines de distance.

Plus aucune douleur abdominale ; continue le traitement.

Obs. VI. — 32 ans, nullipare. Réglée à 19 ans. Menstruation toujours irrégulière. Mariée à 26 ans. Aménorrhée depuis cinq ans. Organes génitaux atrophiés sans lésions. Etat général mauvais, dépérissement. Estomac très mauvais. Constipation opiniâtre, insomnie. A suivi nombreux traitements et fait plusieurs cures thermales sans résultat.

Vin le 8 octobre. Le 10 novembre, transformation complète de l'état général, appétit insatiable, sommeil, selles régulières. Embonpoint.

Pas de menstruation, continue la médication.

Observation VII. — 37 ans. Vpare. Depuis deux à trois ans, sclérose génitale progressive avec phénomènes nerveux : vertiges, agoraphobie, etc.

Vin en juillet 1896. Amélioration légère dès le premier flacon.

17 octobre 1896. Ne peut plus se passer de vin, légère diminution des vertiges. Etat général amélioré.

10 novembre 1896. Grande amélioration pendant trois à quatre semaines ; a pu sortir sans vertiges ni agoraphobie.

Etat local : *statu quo* ; reprise des symptômes depuis quelques jours, la personne ayant cessé la médication.

Continue à prendre le vin.

Observation VIII. — 28 ans. Atrophie génitale dépendant d'obésité exagérée. Depuis quelques mois douleurs pelviennes et lombaires. Réglée une fois depuis 5 mois.

Vin le 12 octobre 1896.

Le 9 novembre. — Ne prend plus le vin depuis quinze jours.

Menstruation il y a quinze jours, abondante.

Pas d'amélioration notable.

Recommence le médicament.

### C. — **Ménopause naturelle.**

Obs. IX. — 50 ans. IIpare, règles irrégulières depuis quelques mois, vapeurs fréquentes, battements de cœur, digestions pénibles.

Prend le vin en août 1896. — Au bout de sept à huit jours, les vapeurs et les battements de cœur ont diminué. Amélioration de l'état général.

1er septembre. — Etat général tellement bon que la malade cesse le médicament. Plus aucun phénomène.

20 octobre. — Reprise de troubles généraux, vapeurs, etc. La personne reprend le vin.

5 novembre. — Etat général excellent. Plus de vapeurs.

Continue le traitement.

Obs. X. — 54 ans. Ménopause à 36 ans. Opérée en juillet 1895 pour gros kyste de l'ovaire droit. La ménopause s'était établie sans avoir amené aucun symptôme spécial. Peu de temps après l'opération apparaissent des vapeurs fréquentes, des troubles nerveux divers.

Prend le vin le 15 septembre. — Le 13 octobre, disparition complète des vapeurs.

Etat général excellent.

Le 13 novembre, les vapeurs et les troubles nerveux n'ont plus reparu. Santé florissante.

Cesse le médicament.

### D. — **Dysménorrhée.**

Obs. XI. — 18 ans. Nullipare. Menstruation très irrégulière, dolente, en caillots, pertes blanches intermenstruelles. Etat général mauvais, inappétence, constipation, insomnies.

Vin le 21 octobre 1896.

Le 3 octobre. — Amélioration notable de l'état général, appétit, digestion régulière, fonctionnement normal de l'intestin sans purgatifs.

Le 5 novembre. — Menstruation indolente, sans caillots, embonpoint, sommeil.

Le 16 novembre. — Va très bien, plus de pertes blanches. Etat général des plus satisfaisants.

Continue le médicament.

Obs. XII.— 28 ans. Nullipare. Menstruation très irrégulière, dolente, sans lésions appréciables du côté utérin ou annexiel. La personne garde le lit 5 à 8 jours à chaque époque menstruelle. Etat général mauvais.

Vin le 30 septembre 1896.

Le 8 octobre. — Très peu d'amélioration de l'état général.

Le 3 novembre. — Douleurs dysménorrhéiques ; assez fortes, mais de durée moindre (1 jour) ; règles normales en abondance ; changement notable de l'état général.

Continue le traitement.

Obs. XIII.— 26 ans. Nullipare. Menstruation très douloureuse depuis trois ans, abondante ; la personne garde le lit deux jours. Douleurs abdominales pelviennes intermenstruelles. Pertes blanches abondantes. Rien d'anormal du côté génital en fait de lésion.

Vin le 11 octobre 1896.

Le 16 octobre. — Les pertes blanches ont diminué, de même que les douleurs abdominales pelviennes.

Le 28 octobre. — La menstruation, douloureuse, n'a duré que quatre jours, alors qu'auparavant elle persistait douze à quinze jours.

Continue le traitement.

Obs. XIV. — 28 ans. Nullipare. Affection chronique ovarienne datant de six ans. Opérée en mars 1896 d'ovariotomie droite et ovarectomie gauche.

La menstruation, à la suite de l'opération, reste dolente, peu abondante, et les douleurs intermenstruelles persistent. Etat général mauvais.

Vin en septembre 1896.

15 octobre. — Etat général excellent. Appétit. Digestion normale. Selles régulières. Menstruation assez abondante, peu douloureuse.

15 novembre. Menstruation abondante, indolente. Disparition des douleurs pelviennes intermenstruelles. Etat général transformé. Gaieté, énergie. Appétit insatiable. Sommeil paisible, etc.

Continue le médicament.

E. — **Ménopause post-opératoire.**

Obs. XV. — 29 ans, I pare. Opérée en avril 1896 de castration vaginale totale pour pyosalpinx bilatéral.

Se plaint depuis l'opération de troubles nerveux généraux, insomnie, troubles digestifs. Vapeurs fréquentes.

Vin en juillet. Après un flacon, les troubles ont à ce point diminué que la malade cesse d'en prendre.

Novembre. — La situation normale de la maladie s'est maintenue.

Obs. XVI. — 34 ans. I pare. Opérée en janvier 1896 de castration vaginale totale pour annexite suppurée bilatérale. Troubles généraux de la ménopause dès l'opération : vapeurs, etc.

Vin le 24 août. Après quinze jours, les vapeurs ont diminué de plus de moitié. Le tube digestif est excellent. Plus de troubles nerveux cardiaques.

Obs. XVII. — 37 ans. Nullipare. Opérée de castration vaginale totale en août 1896 pour annexite bilatérale suppurée. Troubles généraux de la ménopause.

Vin le 3 août.

En novembre, état général superbe. Plus aucun symptôme de ménopause.

Obs. XVIII. — 38 ans, IIpare. Opérée en juillet 1896 de castration vaginale totale pour annexite suppurée d'origine appendicitaire. Peu de temps après l'opération, vapeurs très fréquentes. Agitation. Troubles nerveux, etc.

Vin en septembre.

15 novembre. — Presque plus de vapeurs. Etat général excellent. Sommeil. Appétit, selles normales.

Continue le médicament.

Obs. XIX. — 37 ans. Opérée de castration vaginale totale en octobre 1895. Troubles généraux pénibles de ménopause, vapeurs, etc.

Vin en août 1896.

Fin septembre. — Grande amélioration. Les vapeurs ont diminué, disparaissent même pendant quelques jours. Système digestif excellent. Etat général très bon.

Novembre. — Les vapeurs ont disparu. Etat général superbe. La malade dit ne pouvoir se passer de vin.

Obs. XX. — 38 ans, I pare. Opérée en janvier 1896 de castration totale pour sclérose généralisée de l'utérus et annexes. Phénomènes nerveux pénibles de ménopause, vapeurs, neurasthénie. Insomnie, etc.

Cure d'air en Allemagne en été 1896, sans résultat. Sur les conseils du médecin local, a pris des tablettes d'ovarine. N'a pu les continuer à cause des troubles gastriques qu'elles déterminaient.

Vin oophorine le 27 septembre.

Le 25 octobre, amélioration sensible de l'état général. L'estomac supporte très bien le vin. Est moins nerveuse. Moins de vapeurs.

13 novembre. — Grande amélioration. Sommeil calme. Appétit très bon. A pris embonpoint depuis dernière visite. Vapeurs très diminuées. Tube digestif très bon.

Continue le traitement.

(*A suivre.*)

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET DE GYNÉCOLOGIE.

*Séance du* 12 *novembre.*

### PATHOGÉNIE DES MÉTRORRHAGIES REBELLES.

M. Petit. — La pathogénie des métrorrhagies rebelles commence à être bien connue. Quénu, Pilliet ont signalé une dégénérescence angiomateuse de la muqueuse utérine. Pichevin et Petit ont observé des métrorrhagies dues à une altération vasculaire de l'utérus et à la sclérose de l'organe. Signalons encore les métrorrhagies des syphilitiques (Doléris) et des obèses (Monod). La pièce que je présente à la Société est l'utérus d'une femme de quarante-quatre ans que j'ai observée depuis 1895. Dernier accouchement datant de douze ans. Cette femme se plaignait de pesanteur dans le ventre, de difficulté de la marche, mais surtout de ménorrhagies très sérieuses. Je lui fis un curettage, l'amputation du col et

un Alexander. Pendant quelque temps tout alla bien, mais les hémorrhagies se reproduisant, je fus obligé de pratiquer un second curettage qui n'eut pas plus de succès que le premier ; cette persistance des hémorrhagies m'amena à faire l'extirpation de l'utérus. Cet utérus pèse 120 gr. Au microscope la muqueuse présente de l'hypertrophie simple avec pénétration des glandes dans le tissu musculaire. Celui-ci est sclérosé et les vaisseaux sont oblitérés par endroit. Nous croyons donc qu'il faut examiner soigneusement les pièces extirpées pour des cas semblables et que le terme de gigantisme utérin n'aura pas plus de raison d'être que celui d'esthiomène vulvaire.

---

### DES TIGES INTRA-UTÉRINES DANS LE TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ CHEZ LA FEMME.

M. Pichevin. — Osiander, Amussat, Velpeau se servaient déjà de ces instruments, mais c'est surtout Simpson qui en a amené la mode. Ces tiges ont été construites en différentes matières : caoutchouc, métal, ivoire, etc. Il est des cas où ce moyen de combattre la stérilité est excellent. Mais quelles sont les causes de la stérilité ? L'aménorrhée, la dysménorrhée, le bouchon gélatineux du col, l'atrésie de l'orifice externe ont sans doute quelque importance. Quant aux lésions de la muqueuse utérine et des annexes, elles jouent le premier rôle. Quant à l'antéflexion exagérée de l'utérus, je n'y crois pas beaucoup, car où commence cette exagération de coudure ? puisque pour Schultz l'angle normal serait de 48° ! Je crois que si la coudure du canal cervico-utérin n'amène pas de rétention, cette cause doit être considérée comme nulle au point de vue de la stérilité. Dans les cas de rétention, le pessaire de Lefour devient un excellent instrument. Les principales contre-indications sont les suivantes : possibilité de grossesse, affections aiguës de l'utérus, lésions péri-utérines, blennorrhagie.

M. Petit. — J'emploie depuis longtemps déjà le pessaire de Lefour que j'ai modifié. Les femmes peuvent le garder pendant plusieurs mois sans aucun danger. La tige que j'emploie étant creuse, je puis en même temps pratiquer un traitement intra-utérin. Dans plusieurs cas j'ai pu ainsi guérir la stérilité des malades que j'avais soignées.

M. Charpentier. — M. Pichevin a omis une des causes de stérilité qui est, je crois, la plus fréquente. Certaines femmes, en effet, ne conservent pas le liquide fécondant et les spermatozoïdes ne peuvent pénétrer dans l'utérus.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

*Séance du 23 octobre 1896.*

### HÉMORRHAGIES COMPLIQUANT LA VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES.

M. Comby. — Parmi les vulvo-vaginites, si communes chez les petites filles, il y en a de légères causées par le streptocoque ou le staphylocoque, et de graves causées par le gonocoque. La vulvo-vaginite gonococcique a une grande tendance à se propager à l'urèthre et au vagin, gagnant quelquefois jusqu'à la vessie et jusqu'à l'utérus. C'est à cette forme seulement qu'appartiennent les hémorrhagies, ou plutôt ce n'est que dans cette forme que je les ai rencontrées dans trois cas. Dans ces trois cas les petites malades avaient été reçues à l'hôpital pour de prétendues métrorrhagies ou menstruation précoce. Mais toutes les trois, avant l'hémorrhagie, avaient présenté un écoulement purulent qui existait encore.

Il a suffi de lavages au permanganate de potasse (1 pour 1000), de cautérisations des surfaces saignantes au nitrate d'argent (solution à 1 pour 50), pour obtenir la guérison rapide de la vulvo-vaginite et des hémorrhagies vulvaires.

Il importe d'avoir ces faits présents à l'esprit pour ne pas admettre à tort, comme on l'a fait quelquefois, des métrorrhagies ou des ménorrhagies infantiles.

(*France méd.*)

## SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES.

*Séance du 29 octobre 1896.*

### OBSERVATION DE MÉTRORRHAGIE, CHEZ UNE FILLETTE DE 14 ANS.

M. Bécigneul. — Mlle X... est âgée de 14 ans, son père serait mort de tuberculose pulmonaire, sa mère a toujours joui d'une bonne santé, n'a jamais eu de métrorrhagie ni de fausse couche, et n'a eu qu'un autre enfant, un garçon, également très bien

portant. Cette jeune fille a été réglée pour la première fois, le 4 octobre 1895, elle avait alors 13 ans et deux mois ; elle n'éprouva pas à ce moment le moindre malaise. Pendant 8 jours, elle perdit beaucoup de sang très rouge, contenant quelques caillots, rendus sans coliques ; elle habitait alors Paris, qu'elle quitta sur les entrefaites, pour venir en province. Les pertes continuèrent encore 8 jours après son arrivée, en présentant le même caractère : sang rouge et caillots. Pendant les 15 jours que durèrent ces premières règles, Mlle X... ne prit d'ailleurs aucune précaution et continua de vivre de sa vie ordinaire d'écolière.

Le sang fut 8 jours sans reparaître, puis les pertes recommencèrent avec la même intensité que la première fois : après 15 jours d'une ménorrhagie continue et abondante, les parents, alarmés, me firent appeler.

Je fis coucher cette jeune fille, et l'examinai : bien qu'assez grande pour son âge, elle ne présentait aucun des caractères de la puberté : les seins étaient petits et mous, les organes génitaux externes n'étaient pas plus développés qu'ils ne le sont dans la seconde enfance et le mont de Vénus n'était recouvert que par quelques poils courts et rares.

La paroi abdominale, peu épaisse et très souple, se laissant déprimer très facilement, permettait d'explorer assez aisément le bassin par le palper ; l'utérus était très petit et nullement sensible à la pression, pas plus d'ailleurs que les régions ovariennes. Les organes génitaux externes étaient intacts et le sang s'écoulait bien par l'orifice vaginal. Il ne me fut point permis de pousser plus loin l'examen local.

L'auscultation des poumons, du cœur et des vaisseaux du cou ne décela aucun symptôme d'une affection générale ou locale quelconque, les organes abdominaux semblaient sains, le foie et la rate avaient leur volume normal, les urines ne contenaient ni sucre ni albumine, toutes les fonctions s'accomplissaient bien, l'appétit était conservé, les digestions étaient bonnes, il n'existait pas de constipation. Aucun commémoratif ne pouvait faire songer à l'hémophilie, et on ne constatait aucun signe d'une tare héréditaire.

Je conseillai le repos au lit dans le décubitus dorsal, des boissons froides et acidulées, une nourriture légère, et, comme remède,

l'ergotine en potion, puis en injections hypodermiques et du perchlorure de fer en gouttes ou en pilules.

Les pertes n'en continuèrent pas moins tout aussi abondantes; les serviettes mouillées, au nombre de 8 à 10 par 24 heures, semblaient avoir été trempées dans le sang. Il y avait, de temps en temps, expulsion sans coliques de caillots cruoriques, du volume d'une noisette et même d'une noix.

Au bout de quelques jours, apparurent des signes d'anémie, tels que : pâleur des téguments et des muqueuses, essoufflement au moindre effort, dyspnée, léger souffle, doux, systolique, siégeant au niveau de la base du cœur et bruit de diable caractéristique au niveau de la jugulaire droite.

Les choses en étaient là, et les parents, répugnant encore à l'emploi d'une médication locale, se décidèrent à appeler M. le Prof. Heurtaux en consultation, le 26 novembre. Les injections hypodermiques d'ergotine furent remplacées par des injections d'ergotinine, à la dose de cinq gouttes matin et soir.

Le résultat fut absolument nul.

Le 28, dans la soirée, M. Heurtaux revit la malade avec moi. Il se décida, avec l'approbation des parents, à pratiquer le toucher vaginal, ce qu'il put faire sans déchirer l'hymen : l'utérus fut trouvé petit, mobile, insensible, le col légèrement entr'ouvert, de dimensions et de consistance normales, tous les organes génitaux internes parurent sains dans toutes leurs parties.

On fit, séance tenante, une injection vaginale d'eau à la température de 45°, les pertes s'arrêtèrent jusqu'au lendemain matin. Ce jour, 29 octobre, il s'écoula encore un peu de sang, malgré une injection vaginale ; le soir, nouvelle injection. Le sang cessa alors de couler, jusqu'au 5 novembre. On suspendit les irrigations vaginales et les injections hypodermiques d'ergotinine.

Le 6 novembre, la jeune fille, se croyant guérie, essaie de se lever seule et reste environ 10 minutes debout,elle se sent mouillée, s'aperçoit qu'elle a perdu quelques gouttes de sang et se recouche aussitôt.

Dans la nuit suivante, elle perd en abondance du sang rouge, mélangé de caillots. Je la vois le lendemain matin et lui fais une irrigation vaginale d'eau à 45° et une injection hypodermique d'ergotinine. Jusqu'au 12, les pertes continuèrent, malgré les reprises du traitement ; ce même jour, la malade éprouve quel-

ques coliques utérines, qui persistèrent pendant 3 jours, du 12 au 16 novembre; les serviettes qui servent de garniture sont à peine tachées et, à partir de ce jour, les pertes s'arrêtent définitivement.

On fait, malgré cela, des injections hypodermiques d'ergotinine pendant quelques jours encore après leur cessation et les irrigations vaginales à 45° sont continuées pendant tout un mois que la malade passe dans son lit. A ce moment, l'état général est redevenu excellent et tous les signes d'anémie ont disparu.

Le 10 janvier 1896, les règles reparaissent très peu abondantes, pendant une seule nuit.

Pendant les trois mois qui suivent, la santé se maintient parfaite et la menstruation s'interrompt; mais depuis, et jusqu'à ce jour, les règles n'ont manqué que deux fois, leur durée est de 3 à 4 jours, et leur quantité n'a plus rien d'excessif.

Le diagnostic étiologique et pathogénique de la métrorrhagie chez les adolescentes peut présenter souvent de grandes difficultés.

Nous avons dû éliminer ici, l'une après l'autre, toutes les causes qui relèvent d'une mauvaise constitution ou d'un mauvais état général. Notre malade n'est, en effet, ni chlorotique, ni syphilitique, ni hémophile, ni diabétique, ni albuminurique, elle n'a subi aucune intoxication, et n'a jamais eu de maladie infectieuse, elle n'a aucune lésion cardiaque, ni hépatique. L'examen des organes génitaux fait de même éliminer chez elle, toutes les causes ordinaires de métrorrhagie, depuis la métrite hémorrhagique, les polypes, les fibromyomes, la tuberculose et même les cancers (malgré leur rareté à cet âge), jusqu'à la fausse couche inclusivement. Il n'existe non plus aucune trace d'un traumatisme quelconque.

La marche des accidents a prouvé, d'ailleurs, qu'il fallait en expliquer autrement la pathogénie.

Pour les auteurs, ces métrorrhagies, de cause inconnue, doivent trouver leur raison d'être dans « une excitation réflexe, ayant pour point de départ, les organes génitaux, et, en particulier, les annexes, indépendamment de toute lésion appréciable et par simple trouble nerveux ».

Notre observation vient donc grossir le nombre de ces hémorrhagies internes, qu'on a appelées faute de mieux, *métrorrhagies*

*de l'adolescence*, et, dont on ignore, en définitive, l'étiologie et la pathogénie.

Comme traitement à leur opposer, on a conseillé tous les hémostatiques et toutes les interventions, plus ou moins directes, comme la dilatation, le massage, le curettage, l'électrisation de l'utérus, l'ablation des annexes, etc., et tout cela, souvent sans résultat. Dans notre cas, les irrigations vaginales à 45° ont suffi à arrêter un écoulement de sang qui devenait inquiétant par sa continuité et son abondance.

*Discussion.* — M. Joüon. — J'ai observé également un cas de métrorrhagie chez une jeune fille de 16 ans; peut-être à cet âge, les influences morales et nerveuses sont-elles plus accentuées qu'à l'âge de 13 ans qu'avait la malade de M. Bécigneul. Toujours est-il que les métrorrhagies devinrent tellement abondantes qu'elles mirent la vie en danger. Je procédai, avec M. Vignard, à un curettage utérin qui ne parut pas sensiblement diminuer l'hémorrhagie. J'ai su, d'ailleurs, depuis, que la jeune fille a vu ces accidents cesser et qu'elle se porte aujourd'hui très bien.

M. Vignard. — Les injections chaudes ont-elles eu, dans le cas de M. Bécigneul, un effet favorable immédiat ?

M. Bécigneul. — Les hémorrhagies ont cessé la nuit même qui a suivi la journée où furent faites les injections.

M. Vignard. — Chez la malade dont vient de parler M. Joüon les injections chaudes étaient demeurées sans résultat.

Pour ce qui est de la pathogénie de ces métrorrhagies on peut se demander si elles ne reconnaitraient par pour cause un fibrome de faible volume évidemment, et que pourrait ne pas atteindre la curette. J'émets cette hypothèse pour la raison suivante. C'est que, si on interroge les femmes adultes, qui ont des fibromes, sur le début de leurs règles, elles apprennent souvent que ces dernières ont été marquées par une abondance qui rappelle les métrorrhagies dont il est question.

M. Maurice Bureau. — Je ne crois pas que l'hypothèse de M. Vignard soit l'expression exacte de la vérité.

Dans les cas, en effet, où les métrorrhagies se produisent dès l'enfance, ces métrorrhagies atteignent le plus souvent d'emblée leur maximum d'intensité pour décroître ensuite jusqu'à la parfaite régularité des époques.

Au contraire, chez les femmes qui ont des fibromes, ce n'est

que peu à peu que se produisent les métrorrhagies qui deviennent de plus en plus, abondantes à mesure que s'accroît le fibrome.

Il y a donc là une évolution clinique différente et probablement aussi une pathogénie distincte.

(*Gazette médicale de Nantes.*)

---

# REVUE DE LA PRESSE

## SUR LA MANIÈRE DE PORTER LE SECOURS MÉDICAL DANS LES ACCOUCHEMENTS.

(*Saml. klin. Vort.*, novembre 1894.)

Rudolf Dohrn montre, les statistiques en main, que l'antisepsie n'a pas donné tous les résultats qu'on était en droit d'attendre d'elle dans les accouchements, mais si ces résultats ne sont pas aussi favobles qu'on aurait pu le désirer, la faute n'est pas à l'antisepsie, mais à cette débauche opératoire (*Operationslust*) à laquelle se livrent les accoucheurs. Le nombre d'opérations obstétricales a augmenté considérablement comme le prouvent toutes les statistiques. L'auteur insiste beaucoup sur ces faits et met en garde les accoucheurs contre le désir qu'ils ont trop souvent d'intervenir chez les femmes en couches. Le conseil est bien loin d'être inutile et les accoucheurs, dit-il, feraient bien de le méditer.

---

## NOTE SUR LA SITUATION DE L'OVAIRE A LA NAISSANCE CHEZ LA FEMME ET LES CARNASSIERS (1),

Par le Dr A. Cannieu (de Bordeaux).

I. *Chez la femme.* — L'ovaire n'est pas situé à la naissance à la place qu'il occupe chez l'adulte. On sait, en effet, que, chez ce dernier, cet organe est placé dans le cavum rétro-utérin, sur les parties latérales de l'excavation pelvienne, en avant du rectum, en arrière du ligament large et de la trompe. Chez l'enfant à terme, il n'en est pas ainsi ou tout au moins sur les sujets qu'il nous a été donné d'observer. L'ovaire n'était pas encore descendu dans l'excavation pelvienne ;

(1) Travail communiqué à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux dans la séance du 10 août 1896.

il était situé au niveau d'une ligne passant par les crêtes iliaques. Il n'avait donc pas encore subi complètement sa migration et se trouvait, à cette époque du développement ontogénique, placé au même niveau que l'ovaire des carnassiers adultes.

II. *Chez les carnassiers.* — Chez ces animaux, à l'état adulte, l'ovaire est absolument séparé des reins, comme nous l'avons démontré dans une note précédente présentée à la Société d'Anatomie (*Note sur la migration philogénétique de l'ovaire*, 1895). Il est alors situé au niveau du bord supérieur des os iliaques.

Chez la chatte qui vient de naître, l'ovaire n'a pas encore abandonné la région rénale. Il est encore accolé à la partie externe et inférieure du rein ; il est donc situé à peu près à la même place que chez le cobaye adulte. (Note Soc. d'Anat. de Bordeaux, 1895.)

Ces faits, qui ont un certain intérêt, puisqu'ils contribuent à fixer la situation exacte de l'ovaire à la naissance de l'individu, chez les deux groupes dont nous venons de parler, ont encore une autre portée scientifique.

En mai 1895, Soulié (de Toulouse) avançait à la Société de Biologie que l'ovaire, quelque temps après sa formation, subissait un mouvement ascendant, une migration ascendante. Cet auteur n'ayant pas étudié la situation de cet organe dans les phases consécutives du développement, on pouvait peut-être penser que la situation définitive de l'ovaire de l'adulte était le fait d'une migration ascendante et non, comme on le croyait jusqu'ici, d'une migration descendante. Les observations que nous venons de rapporter indiquent qu'il n'en est pas ainsi, puisque l'ovaire, chez la femme et les carnassiers, occupe à la naissance une situation supérieure à celle qu'il occupe chez l'adulte. Il faut donc, de toute nécessité, qu'il y ait une migration descendante dans la suite du développement.

De plus, après réflexion, il est facile de se rendre compte que nos observations, loin d'infirmer les observations de Soulié, viennent pour ainsi dire les compléter. Il ne répugne nullement à l'esprit, en effet, de concevoir la possibilité d'une migration ascendante, contemporaine des premières phases du développement ontogénique (Soulié) que suivrait ensuite une migration descendante.

Ces faits, d'ailleurs, concordent avec ce que l'on sait à l'heure actuelle sur les migrations du testicule. Soulié a, en effet, démontré dans son excellente thèse inaugurale (Toulouse, 1895) que cet organe subissait deux migrations, l'une ascendante et l'autre descendante

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on observe le même ordre de phénomènes pour l'ovaire. C'est même un point de ressemblance à ajouter à tous ceux déjà connus entre l'ovaire et le testicule, et susceptible de justifier encore plus, si possible, les comparaisons qu'ont faites entre ces deux organes un certain nombre d'auteurs et plus particulièrement M. le professeur Duval.

---

### RUPTURE COMPLÈTE DE L'UTÉRUS CHEZ UNE PRIMIPARE,

Par M. Endelman.

Les cas de rupture de l'utérus ne s'observent pas souvent. Dans la clinique, ainsi que dans la policlinique de Olshausen, si riche cependant en cas pathologiques, on n'en a observé que 80 sur 37.000 accouchements. Ce sont surtout les multipares qui sont sujettes à cette grave complication, si rare au contraire chez les primipares. D'après Fritsch, sur 500 faits de ruptures utérines, 62 seulement se rapportaient à des femmes primipares.

L'observation que publie Endelman est relative à une femme âgée de vingt-trois ans, domestique, et douée d'une bonne constitution. Sa grossesse s'était passée sans accident. Les douleurs du travail, d'abord physiologiques, ne tardèrent pas à diminuer pour disparaître complètement au bout de onze heures.

Appelé auprès de la malade, à cause de cette suspension du travail, Endelman constata que l'abdomen était ballonné, douloureux, ce qui rendait la palpation impossible. A l'auscultation, les bruits du cœur du fœtus étaient faibles et intermittents. Au toucher, l'orifice du col était complètement ouvert et la tête du fœtus au niveau du détroit supérieur. Température 38° ; pouls à 124 ; état général peu alarmant ; pas d'hémorrhagie, ni de vomissement ; pas de menace de syncope. Endelman soupçonna une rupture de la matrice, bien que les symptômes sus-indiqués fussent assez peu caractéristiques.

La malade fut alors endormie par le chloroforme et l'on procéda à l'extraction du fœtus ; la tête fut dégagée, très facilement, à l'aide du forceps, ce qui est rare dans les cas de ce genre, mais il fallut introduire une main pour amener le tronc. L'enfant était mort et pesait 4.100 gr., il mesurait 55 centimètres de long.

Le rétrécissement du bassin de cette femme étant peu accusé, force fut donc d'attribuer la cause de cette rupture au poids du fœtus et aux dimensions de son corps.

L'intervention s'était donc bornée à l'extraction du fœtus et aux prescriptions suivantes : injections d'ergotine, bandage compressif, application de glace sur le ventre. Pas de métrorrhagies ; la malade se plaignit seulement de ressentir quelques coliques.

Mais, le quatrième jour, cette femme fut prise d'un point de côté à droite, elle se mit à tousser et à évacuer des lochies fétides ; le onzième jour, injection intra-utérine ; le lendemain et le surlendemain, métrorrhagies abondantes ; mort treize jours après le début de ces accidents, dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouva du sang épanché dans la cavité péritonéale ; lésions de péritonite généralisée ; péri-hépatite et phlegmon péri-néphrétique à droite. On découvrit une rupture de l'utérus avec déchirure du ligament large ; infiltration sanguine dans le tissu cellulaire du petit bassin ; pleurésie diaphragmatique purulente à droite.

A propos de cette observation, l'auteur se demande quelle conduite il convient de tenir dans les faits de ce genre ; faut-il intervenir ou non ? Les opinions sont partagées à ce sujet : les uns sont pour l'expectative, les autres recommandent le tamponnement vaginal ; d'autres enfin conseillent la laparotomie ou l'hystérectomie. L'auteur s'appuie sur l'exemple de Neugebauer et de Savicki pour justifier la conduite qu'il a tenue, mais il reconnaît qu'une intervention chirurgicale aurait peut-être eu des chances de prévenir les accidents qui se sont produits.

TOUVENAINT.

(*Gazeta lakarska*, n° 29, 1896.)

---

### DIABÈTE ET GROSSESSE.

(PATRIDGE. *Med. Record*, 1895.)

L'auteur a pu réunir dans la littérature médicale, 24 cas de diabète ayant coïncidé avec la grossesse ; Ducan, dans son mémoire, avait déjà signalé 22 cas. Partridge ajoute à ces faits une observation personnelle.

Dans tous ces cas, tantôt la grossesse est survenue chez des femmes déjà diabétiques, tantôt le diabète n'est apparu qu'au cours de la grossesse. Quand le diabète est une complication de la grossesse, il guérit après l'accouchement, dans les trois quarts des cas ; mais il a une grande tendance à reparaître pendant les grossesses ultérieures.

Des femmes diabétiques devenues enceintes, les deux tiers suppor-

tent bien et l'accouchement, et les suites de couches. Il semble, dans ces cas, que l'état puerpéral n'exerce nulle influence fâcheuse sur la marche du diabète. Et cependant, il est remarquable que le diabète grave se montre d'ordinaire à l'âge adulte, c'est-à-dire entre vingt-cinq et quarante-cinq ans, à un âge précisément qui correspond à la période sexuelle de la femme.

Dans les observations relevées par Partridge, il s'agit, à l'exception de 3 cas, toujours de multipares. Dans un certain nombre de faits, la grossesse et l'accouchement ont provoqué, chez les diabétiques, le coma et le collapsus.

On signale la mort du fœtus dans la moitié des cas, mort qui explique le plus souvent l'accouchement prématuré, si fréquent dans la grossesse compliquée de diabète. L'hydramnios a été souvent observée, de même que le développement anormal du fœtus. Dans quelques cas, on a trouvé du sucre dans le liquide amniotique.

Dans les observations où le diabète n'est survenu qu'au cours de la grossesse, il est apparu 3 fois dans les premiers mois de la grossesse, 1 fois après 4 mois, 2 fois après 4 mois 1/2, 2 fois après 5 mois, 2 fois après 8 mois de grossesse, 1 fois à la fin de la gestation.

Six femmes ont succombé dans le coma ou dans le collapsus, survenant au moment de l'accouchement. Chez cinq de ces femmes, il s'agissait d'un diabète survenu au cours de la grossesse ; chez l'une seulement, le diabète était antérieur à la grossesse. Toutes ces femmes sont mortes dans la deuxième moitié de la grossesse.

Il est donc d'un grand intérêt d'examiner soigneusement l'urine des femmes enceintes, dans les premiers mois de la grossesse, au point de vue du sucre. Il faut se rappeler cependant qu'une glycosurie légère est fréquente pendant la grossesse.

Quand un diabète grave coïncide avec la grossesse, la question de l'accouchement provoqué prématuré se pose.

Dans son observation personnelle, Partridge a obtenu un bon résultat, grâce à un traitement diététique sévère : le diabète a disparu un mois après l'accouchement d'un enfant vivant et à terme, et il n'y a pas eu de récidive.

TOUVENAINT.

---

CANCER AIGU DE L'UTÉRUS AVEC GÉNÉRALISATION RAPIDE.

Une femme de 34 ans fut admise dans le service de M. Henry Morris à l'hôpital Milddlesex, se plaignant d'un écoulement vaginal, d'une grosseur du sein droit, et d'une ou deux grosseurs très petites, mais très douloureuses dans le côté droit du cou. Jusqu'alors elle avait toujours joui d'une bonne santé et avait toujours été bien réglée excepté dans les derniers temps où les règles avaient été excessives. Elle n'avait pas eu d'enfants, mais plusieurs fois elle avait fait des fausses couches. Aucun antécédent de cancer dans sa famille. Deux mois avant son admission elle commença à éprouver des douleurs sourdes dans les reins qu'elle attribua à un froid, mais bientôt après un écoulement vaginal jaune se montra, puis elle remarqua la tumeur du sein droit ; six semaines plus tard le côté droit du cou commença à gonfler et elle s'aperçut qu'elle avait deux ou trois petites grosseurs dans cette région. Depuis sa première apparition la grosseur du sein droit augmenta lentement, mais sûrement. L'écoulement vaginal continua sauf quelques rémissions, mais la malade n'y remarqua ni sang ni odeur désagréable.

Lors de son entrée à l'hôpital elle semblait être une personne assez robuste et dans un bon état de santé. A la partie supérieure du sein droit il y avait une tumeur grande comme une noix, dure et d'une forme irrégulière, mais pas douloureuse ni très sensible ; la peau qui la couvrait était dans son état naturel et n'était point adhérente. Plus bas, près du bord inférieur du sein existait une autre tumeur dure, grande comme une noisette ; la peau qui la couvrait était pourpre et adhérente. Quatre ou cinq autres grosseurs plus petites furent trouvées dans le sein, toutes apparemment dans le tissu sous-cutané. Sur le sein gauche il y avait un ou deux nodules semblables, mais plus petits. Les glandes dans les deux aisselles étaient un peu hypertrophiées. On put aussi sentir quelques petites grosseurs dans le triangle postérieur gauche.

Sur le devant de l'abdomen, il y avait une douzaine de nodules dans le tissu sous-cutané, la plupart de la grandeur d'une petite noisette ; celles-ci n'étaient point sensibles ni douloureuses et n'impliquaient pas la peau. Une autre collection de trois ou quatre nodules fut trouvée dans l'espace ilio-costal droit ; ceux-ci étaient plus douloureux que les autres et empêchaient la malade de se coucher sur ce côté. Un examen vaginal démontra un col dur, mais parfaitement

mobile ; à son extrémité inférieure il y avait un ulcère excavé, dur, avec des bords arrondis, qui, apparemment, affectait toute l'épaisseur du col et s'étendait dans sa substance aussi haut que l'on pouvait sentir avec le doigt. L'utérus était librement mobile et l'examen ne provoqua aucune hémorrhagie; pas de ganglions dans l'aine. La malade se plaignait de douleurs assez vives dans le bas de l'abdomen. L'écoulement vaginal était peu considérable, sans odeur et ne contenait pas de sang.

Pendant les 6 premiers jours à l'hôpital on remarqua que les nodules devenaient régulièrement plus grands, ceux du cou étant très douloureux. La malade se plaignit de nausées pour la première fois le 14e jour et elle vomit plusieurs fois ; vers cette époque on remarqua aussi l'apparition de plusieurs nouveaux nodules dans le sein et sur le devant de l'abdomen.

Treize jours après, la malade ayant eu des vomissements constants dans l'intervalle, on s'aperçut qu'elle avait un ictère marqué, lequel alla en augmentant, ainsi que la croissance et le nombre des nodules et les vomissements.

Un examen vaginal fait sept semaines après l'admission démontra une grosse végétation mollasse du col. Le col faisait saillie en bas, un pouce en plus que dans l'état normal et même davantage, il avait 4 ou 5 fois plus que son épaisseur normale et était ulcéré à sa partie postérieure gauche, de sorte qu'il existait dans son bord une entaille en forme de V, assez grande pour admettre le bout du doigt.

Une semaine après, les nodules avaient beaucoup augmenté en quantité et en grandeur, ceux du sein droit étant très douloureux et affreusement sensibles : la maladie ne pouvait rester couchée dans aucune position sans souffrir. Une semaine plus tard ils avaient encore augmenté ; un grand nombre des nodules du sein droit s'étaient réunis et formaient au centre du sein une masse irrégulière, dure et semblable à une collection de clous.

La distribution générale des nodules était : *Sur la figure*, point. *Au cou*, un au-dessous de chaque oreille et dans chaque région sous-maxillaire ; plusieurs dans chaque fosse sus-claviculaire, spécialement à droite. *Dans les aisselles*, très nombreux des deux côtés, mais davantage à droite. *Dans les seins*, très nombreux, le droit étant le plus affecté et ses nodules plus grands ; il y avait plusieurs nodules entre les seins. *Abdomen*, 20 ou 30 étaient répandus sur le devant de l'abdomen ; ils étaient recouverts par la peau normale et ne mon-

traient pas les capillaires dilatés que l'on voyait dans beaucoup de ceux de la poitrine et du dos. *Sur le dos*, un groupe de 15 vers la chute de reins sur la ligne médiane recouvrant une surface ayant 4 pouces de longueur et 3 pouces de largeur. Au-dessus de *la crête iliaque* droite il y avait un groupe de 8 plus petits que les précédents. Il n'y en avait pas dans la même région à gauche. Entre *les omoplates* il y en avait 12 et 4 au-dessus de l'omoplate gauche.

10 jours plus tard, les vomissements ayant continué, il était presque impossible de décider la malade à prendre de la nourriture, la jaunisse était devenue plus foncée et les nodules continuaient de croître régulièrement, tout mouvement causant des douleurs atroces. La malade devint de plus en plus facile, ceci étant largement dû au manque de nourriture, les symptômes s'aggravèrent et elle mourut en une quinzaine de jours, 83 jours après son admission ; la durée totale de la maladie avait été environ de 4 mois.

A l'autopsie on trouva que le corps n'était pas très émacié ; de tous les nodules sous-cutanés il n'y en avait qu'un près du nombril dont la croissance s'étendait jusque dans la cavité du péritoine. Dans *le thorax*, il y avait de nombreux nodules de croissance nouvelle dans le médiastin antérieur et le médiastin postérieur et aussi le long de l'aorte et sur le devant de la base *du péricarde* qui contenait environ 60 grammes de serum teinté par de la bile ; on en voyait aussi sur son feuillet viscéral, mais il n'y avait pas d'adhérences. Il y avait de nombreux nodules répandus dans *le cœur*. Les *plèvres* contenaient toutes les deux un nodule de croissance nouvelle. Pas de dépôts dans *les poumons*, ni dans *l'œsophage*. *Le péritoine* montrait quelques taches blanchâtres de croissance nouvelle ; *l'épiploon* et *le mésentère* en contenaient beaucoup. Pas de noyaux dans *l'estomac*, dans *le pylore* dans *le duodenum*, dans *les intestins*, ni dans *le rectum*. *Le foie* pesait 1830 grammes. Pas de noyau dans le foie même. *La vésicule du fiel* était dilatée par de la bile noire et épaisse. Pas de calcul. Un nodule sur son enveloppe séreuse. Les glandes dans la fissure portale étaient envahies par la tumeur. *Le pancréas* en était infiltré. *Les capsules surrénales* ne pouvaient pas être distinguées au milieu des masses infiltrées qui entouraient le pancréas. Rien dans *la rate*. *Les conduits biliaires et cystiques* étaient obstrués par une pression exercée par les tumeurs environnantes. Nodules nombreux dans *chaque rein*. *Vessie* saine. Le corps de *l'utérus* n'était pas agrandi, mais présentait deux nodules sessiles sous-séreux ; *le col* était hypertrophié ;

les bords de *l'orifice* étaient formés par la masse cancéreuse, ramollie, muscoïde et pâle. Les parois des *conduits de Fallope* étaient infiltrées de même, ainsi que *le ligament large droit. Les seins* étaient tellement infiltrés par les productions cancéreuses que l'on ne pouvait plus découvrir le tissu mammaire.

(*La Méd. mod.*)

---

SUR L'ÉTIOLOGIE DU PEMPHIGUS DES NOUVEAU-NÉS.

Sous le terme générique de pemphigus on désigne deux groupes d'affections cutanées qui, selon toute vraisemblance, méritent d'être séparés l'un de l'autre, tant sur le terrain de la clinique que sur celui de l'étiologie. Le premier groupe comprend les formes chroniques de pemphigus (*pemphigus chronicus vulgaris et foliaceus* de Hebra). Dans le second groupe vient se placer le pemphigus aigu, habituellement fébrile, et le pemphigus des nouveau-nés. Le pemphigus aigu fébrile est bien connu, depuis une dizaine d'années, comme étant l'expression d'une maladie infectieuse aiguë, engendrée par un diplocoque qui offre de grands points de ressemblance avec le staphylocoque doré. La même preuve a été faite plus récemment pour ce qui concerne le pemphigus des nouveau-nés, le plus souvent apyrétique. On admet généralement que l'agent pathogène, en suspension dans l'air ou dans l'eau qui sert aux soins de propreté, pénètre à travers les excoriations de la peau des nouveau-nés. Jusqu'alors on n'avait pu constater la présence des germes dans le sang, comme cela avait eu lieu dans des cas de pemphigus aigu fébrile chez des adultes. Or cette lacune vient d'être comblée par M. Peter, de Kœnigsberg. Ce médecin a été appelé à donner des soins à une femme accouchée depuis sept jours et qui présentait les signes d'une infection septique grave. Comme ses seins regorgeaient de lait, on lui avait permis de nourrir son enfant. Or, au quatrième jour, le nourrisson, dont l'état général ne laissait rien à désirer, avait présenté une éruption bulleuse qui avait débuté par le visage et la poitrine, et qui avait ensuite envahi le tégument externe dans toute son étendue. Le contenu des bulles était constitué par une sérosité citrine. L'examen bactériologique de ce contenu a donné des cultures pures du *staphylococcus pyogenes aureus* et d'un diplocoque. Or, les recherches de Bumm, d'Escherich, de Longard et d'autres démontrent que l'agent pathogène de la septicémie puerpérale peut passer dans le lait des femmes en couche, sans qu'il y ait affection locale des seins. Effectivement, du lait

recueilli chez cette femme avec toutes les précautions de rigueur a donné, après ensemencement, des cultures du *staphylococcus pyogenes aureus*. Dans les cultures existaient en outre, mais en bien moins grand nombre, des cultures du *staphylococcus pyogenes albus* et des colonies du diplocoque trouvé dans le contenu des bulles.

On a donc trouvé, dans ce cas, les mêmes micro-organismes que ceux qui sont connus pour être les germes pathogènes du pemphigus aigu fébrile. Toutefois l'auteur pense qu'il n'est pas nécessaire d'admettre l'intervention d'un virus spécifique dans le développement du pemphigus aigu ; il pense que les micro-organismes les plus variés, en circulation dans le sang, après avoir pénétré dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins de la peau, peuvent donner naissance, dans des conditions déterminées, à une éruption de pemphigus. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1896, n° 6, p. 124.)

---

INFLUENCE DE LA LACTATION SUR LA MENSTRUATION ET LA GROSSESSE.

Le Dr Remfry, après avoir observé plusieurs centaines de femmes, émet les conclusions suivantes :

La suppression des règles est absolue chez 57 °/₀ des femmes qui nourrissent ; parmi les autres, 20 °/₀ présentent des fonctions menstruelles normales et régulières.

Il n'est pas démontré que la lactation entrave la fécondation ; toutefois, cette dernière semble se montrer moins fréquente.

Dans les cas de suppression complète des règles pendant la lactation, on trouve 6 °/₀ de conceptions nouvelles, alors que cette proportion s'élève à 60 °/₀ chez les femmes qui perdent, ce pourcentage croît même, lorsque la menstruation se rapproche des conditions habituelles comme régularité et quantité.

Chez les femmes qui ne nourrissent pas, le retour de couches se produit en moyenne dans les six semaines qui suivent la délivrance.

(*Therapeutische Wochenschrift.*)

---

INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ SUR LA MENSTRUATION.

Par des recherches faites sur 400 femmes prises toutes à l'âge d'activité utérine, M. le Dr Doumer (de Lille) a pu constater que 342 étaient saines au point de vue utérin et réclamaient des soins pour des trou-

bles complètement étrangers aux organes génitaux ; les 58 restant avaient des troubles divers de la menstruation, principalement de la dysménorrhée.

Sous l'influence de l'électrisation 274 de ces femmes ont vu avancer leurs périodes menstruelles, soit une moyenne de 68,5 pour 100.

L'augmentation du flux sanguin a été constatée 308 fois, soit donc 77 pour 100, et cela surtout pendant les premiers mois du traitement.

On avait remarqué sur l'ensemble de ses malades que 178 se plaignaient de douleurs plus ou moins vives, au moment des règles. Après le traitement, 130 se sentirent soulagées. En général, dès les premières séances, les douleurs cessèrent pour ne plus revenir.

La plupart du temps le bain statique suffit pour obtenir ces résultats ; cependant ils se produisent plus rapidement et d'une façon plus intense par l'effluvation ou bien la friction dans la région lombaire.

M. le Dr Doumer a constaté une action différentielle bien marquée des pôles. Il s'est servi pour ses recherches d'une machine statique, genre Wimshurst, donnant une différence de potentiel de 160,000 volts avec un débit 12-10 coulombs par seconde.

(*Nord Médical.*)

---

# VARIÉTÉS

—

Les sages-femmes en Allemagne. — En Allemagne, la sage-femme pour pouvoir pratiquer doit avoir une attestation constatant sa capacité fournie par l'autorité désignée par la loi de chacun des pays de l'Empire. Chaque État a eu soin d'inscrire dans la loi quelle est l'autorité chargée de faire subir l'examen et la somme des connaissances indispensables aux récipiendaires.

Quand peut-on retirer à une sage-femme allemande l'autorisation résultant de l'attestation de capacité ? Ce retrait est d'habitude *définitif*. Il en est ainsi dans les circonstances suivantes : 1° Lorsqu'il est établi que le titre justificatif de capacité est inexact ou faux ; 2° L'autorisation de la pratique est retirée à quiconque vient à être privé de ses droits civils. Cependant dans ce cas spécial, le retrait n'est valable que pendant la durée de la privation des droits civils.

Dans ces deux circonstances, c'est l'autorité administrative qui est chargée de retirer l'autorisation.

L'exercice illégal de la pratique des sages-femmes est puni d'une amende *maxima* de 100 thalers, et en cas de non paiement, d'un emprisonnement proportionné au montant de l'amende et pouvant s'élever jusqu'à six semaines.

La sage-femme qui a assisté à un accouchement est obligée de faire le déclaration de naissance des enfants, à défaut du père légitime.

En outre, en Allemagne, l'accoucheuse qui fait un avortement, soit contre le gré, soit du consentement de la femme enceinte, n'est punie que de la même peine que tout autre particulier qui commet le même délit.

Enfin, lorsque par suite d'une négligence dans leur profession, les gens de l'art causent soit une blessure mortelle, soit une lésion ou une maladie, la qualité de ceux qui ont commis l'erreur manifeste constitue une circonstance aggravante aux termes de la loi allemande. De plus, même quand l'action publique ne peut être intentée que sur une plainte, les personnes autorisées à exercer l'art de guérir peuvent être poursuivies d'office, même en l'absence de plainte ou malgré le désistement de la partie lésée.

M. de Busschere a exposé autrefois ces faits avec autorité dans les *Ann. de méd. lég.* (1894, p. 299). Nous nous sommes contenté de les reproduire en colligeant les textes de loi.

(*Journal d'Accouchements.*) H. LAMBINON.

—

LA STÉRILITÉ PAR LES ANTISEPTIQUES. — M. Baret, à la Société d'hygiène, a accusé les injections antiseptiques d'être une cause de stérilité dans certaines classes de la société où l'on abusait de ces lavages.

« C'est sans doute excellent au point de vue de l'hygiène, dit-il, mais cette pratique constitue aussi un facteur de dépopulation, car ces solutions n'ont pas seulement pour effet de détruire les germes nocifs, elles tuent également les spermatozoïdes. »

—

L'ALCOOLISME CHEZ LES FEMMES A LONDRES. — A lire les révélation apportées dans la revue hebdomadaire *Tit-Bits*, par un médecin à clientèle mondaine, qui intitule tout bonnement son article : *What women wil do for drink*, ce qui peut se traduire ainsi : *Ce dont les femmes sont capables pour se procurer à boire.* Les faits rapportés par le correspondant du *Tit-bits* sont terriblement précis

et signalent un mal aussi grave que celui révélé par les 3,000 sentences d'août. Trois mille pochards par mois, cent par jour, c'était assurément beaucoup ! Mais on peut douter que ce soit beaucoup trop, en comparant ce nombre au chiffre de la population. La proportion semble autrement forte dans l'article de notre confrère, puisqu'il y parle d'environ trente clientes actuellement en traitement. Trente dames alcooliques — des dames ! dans la clientèle d'un seul médecin !

—

Cheveux teints en Angleterre. — Les journaux de mode signalent une notable augmentation dans l'importation de la teinture de henné dont usent les dames anglaises pour teindre leur chevelure en blond vénitien. L'an dernier il n'en avait été consommé à Londres que pour 370,000 francs. Les six premiers mois de 1895 annoncent un chiffre d'affaires de 1,524,725 francs pour l'exploitation de ce seul article. — Comment voulez-vous qu'il y ait après cela des Anglaises qui ne soient pas blondes !

(*Le Progrès médical.*)

---

# BIBLIOGRAPHIE

—

I. **L'urine humaine, urines normales, urines pathologiques**, par Camille Vieillard, préface de Armand Gautier, in-8° de 430 pages avec 20 figures dans le texte et 4 planches, dont une en couleur.

Les progrès récents de l'urologie ont imprimé à cette branche importante des sciences médicales, une orientation et une méthode toutes nouvelles dont il importait de fixer les grandes lignes et d'enregistrer les résultats. A ce titre, l'ouvrage de M. C. Vieillard arrive à son heure et vient combler une lacune, en rattachant, plus étroitement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, la partie purement technique de l'analyse chimique à son interprétation clinique.

Le meilleur éloge qu'on puisse faire de ce livre est de reproduire la flatteuse appréciation du professeur A. Gautier, de l'Institut, dans la préface qu'il a bien voulu lui consacrer.

« Cet ouvrage, dit l'éminent professeur, sort de la plume d'un homme à la fois consciencieux, bien au courant des méthodes, bien renseigné sur les questions soulevées dans ces derniers temps par l'examen clinique des urines et sur les conclusions qu'on en a tirées. On y trouve à la fois les développements physiologiques, pathologiques et chimiques les plus précis et les plus sûrs... Je puis donc, en toute conscience, conseiller ce livre aux médecins instruits qui cherchent à s'élever au-dessus de la tradition empirique, aussi bien qu'à ceux qui peuvent être

appelés à les renseigner sur le problème délicat de la composition des urines anormales ou pathologiques et sur la signification des variations que révèle leur analyse. »

Dans son rapport sur le concours Brassac de 1896, l'honorable M. Lefranc, du Havre, s'exprimait ainsi au sujet du travail de M. C. Vieillard : « Nous estimons que la publication d'un ouvrage aussi complet rendrait service à la santé publique. Médecins et Pharmaciens pourraient y puiser de sérieuses indications dans la recherche des maladies. »

Ajoutons enfin que l'exécution matérielle de ce livre est des plus soignée. De nombreuses figures complètent et élucident le texte.

Pour faciliter les recherches techniques, l'auteur a groupé à la fin du volume les documents analytiques et les renseignements utiles à la pratique de l'analyse. (Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.)

II. **Technique médicale des Rayons X**, par Abel Buguet, professeur de physique biologique, à l'Ecole de Médecine de Rouen. Un volume illustré ; société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Une année a suffi pour faire passer dans la pratique l'extraordinaire méthode de *diagnostic* qui consiste à fouiller, à l'aide des Rayons X, jusqu'au plus profond du corps.

Demain, tous les médecins seront tenus de recourir à ce puissant moyen d'investigation.

On s'explique aisément que dès aujourd'hui, tous les praticiens se mettent en quête des renseignements nécessaires pour en tirer parti.

La besogne leur sera facile avec un guide comme celui-ci, écrit par un homme du métier, rompu aux difficultés de la technique par une pratique de tous les jours.

Le praticien trouvera dans ce *Manuel* tout ce qu'il doit savoir de technique électrique, les indications les plus précises sur l'achat, l'installation et la conduite du matériel destiné à engendrer les courants, à produire et employer les Rayons X.

Un chapitre est consacré à l'exposé de la méthode *radioscopique*, qui permet de voir directement les corps étrangers, les affections osseuses et jusqu'aux évolutions même des viscères, que l'on surveille dans leurs mouvements normaux ou pathologiques.

Le chapitre de la *radiographie* enseignera le nécessaire aux médecins qui sont étrangers à la pratique photographique.

Le praticien sera surpris de la facilité avec laquelle il peut s'armer de cet œil de lynx, qui assurera les diagnostics les plus délicats, suivra les effets d'une thérapeutique hésitante et donnera au pronostic une certitude inespérée, pour le plus grand bien du malade comme du médecin.

III. **Leçon d'ouverture du cours de clinique médical de l'Hôtel-Dieu de Paris**, par M. le Profes. Dieulafoy, in-8° de 42 p. Paris, 1896, Carré, éditeur.

IV. **Ueber Augensteerungen bei Béribéri-Kranken**, von Dr. J. Corrêa de Bittencourt, Ex-Assistent des Professors von Wecker in Paris ; ehemaligem Schüler der Professoren Panas in Paris, Stellwag in Wien und Hirschberg in Berlin ; Augenarzt in Rio-de-Janeiro.

V. **La montagne. — Hyperphobulie et sanatoria**, par le Dr Challan de Belval, Marseille, 1896. L'expérience de l'auteur confirme cette loi de

Féré si judicieusement rappelée par Maurice de Fleury dans sa pathogénie de l'épuisement nerveux, à savoir :

« Toutes les excitations modérées sont toniflantes ; toutes les excitations excessives sont déprimantes ».

Ainsi s'expliquent très rationnellement, aussi bien le mal des montagnes que le bienfait de l'habitation dans les altitudes moyennes.

VI. **Contribution à l'étude de la pharmacologie et de l'organothérapie,** par le Dr Combe de Lausanne. Communication faite à la réunion de la *Société médicale de la Suisse romande*, à Lavey, le 18 juin 1896. Genève, Georg et Cie, libraires-éditeurs, 1896.

VII. **Traitement des suppurations pelviennes, de l'hystérectomie abdominale totale, traitement chirurgical des rétro-déviations utérines, du meilleur mode de fermeture de la paroi abdominale,** par Eugène Doyen. Tiré à part des *Archives provinciales de Chirurgie*, n° 10, octobre 1896, p. 565-638 ; avec 19 figures dans le texte.

VIII. **Du service médical dans les travaux de construction.— Une campagne en Macédoine, 1893-1895,** par le Dr Barthe de Sandfort. In-8° raisin de 228 pages, avec planches et graphiques. — Prix : 7 fr. 50.

A une époque où les esprits sont dirigés vers les grandes entreprises lointaines, et où la construction des voies ferrées tient le premier rang dans les préoccupations commerciales de tous les peuples, l'ouvrage du Dr Barthe de Sandfort offre aux ingénieurs, sous une forme aussi succincte que précise, le moyen pratique de prévoir, dans le devis des travaux projetés, l'organisation si importante d'un service sanitaire complet ; il démontre, par une expérience des plus probantes, combien il est utile et facile de répondre aux desiderata de l'hygiène sur les chantiers.

Les médecins trouveront des notions précieuses sur des fonctions en général peu connues, et ils apprendront à surmonter toutes les difficultés d'une tâche plus délicate et plus captivante qu'on ne saurait le supposer.

A cette étude, si pratique qu'elle mériterait le titre de « *Carnet du Médecin d'Entreprises* », l'auteur a su joindre des considérations à ses nombreux devanciers dans cette voie ; le Dr Barthe de Sandfort donne une note très personnelle à toutes les questions de Pathologie, d'Hygiène et de Thérapeutique concernant les travaux de terrassement. Mais, pour laisser au lecteur toute la liberté de conclure, il se contente de mettre sous ses yeux de nombreux graphiques et tableaux statistiques qui suivent, mois par mois, pendant deux ans, une véritable armée de 3.000 travailleurs.

L'aridité apparente du sujet est tempérée par d'alertes aperçus sur la vie de ces hardis pionniers du Génie civil et sur les pays que va régénérer la ligne toute Française dont il nous fait l'histoire. C'est ainsi que, dans un dernier chapitre, qui constitue un véritable opuscule, il nous fait faire, en Macédoine, une promenade à laquelle les événements politiques donnent une saveur toute particulière.

*Envoi* franco *de l'ouvrage contre un mandat postal de* **7 francs 50**, *adressé à M. le Directeur de la Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.*

---

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**1. — Traitement de l'ostéomalacie puerpérale.** (Rossier. In *Obstétrique* du 15 mars 1893.) — Ce que l'on sait aujourd'hui de l'ostéomalacie se réduit à ceci : Il y a, chez les femmes atteintes de cette affection, destruction de la substance osseuse ; dans les ovaires, dégénérescence hyaline des vaisseaux ; diminution de l'alcalinité du sang et augmentation des cellules éosinophiles ; enfin, rapport éclatant entre l'ovulation, la grossesse, les couches et l'ostéomalacie. Ces résultats ont conduit à la guérison radicale de la maladie par l'extirpation des ovaires. Le premier succès est dû à Fehling.

La guérison est-elle définitive ? Or, d'après Fehling, sur 12 femmes, 10 sont guéries définitivement depuis deux à sept ans ; deux autres sont assez améliorées pour pouvoir vaquer à leurs occupations. La statistique de Fehling donne donc 82,5 % de guérison définitive.

Faut-il recourir toujours à la castration ? Non, car, au début, le phosphore à la dose de 1 à 4 milligrammes par jour pendant plusieurs mois, peut amener la guérison. Si on n'obtient pas de résultat avec ce médicament, la castration s'impose.

C'est la théorie de Fehling qui répond le mieux à l'ensemble des faits : Pour lui, l'ostéomalacie est une trophonévrose des os ayant son point de départ dans les ovaires et réagissant sur la constitution du sang par l'intermédiaire de la moelle osseuse.

***

**2. — De la cure opératoire de l'atrésie du vagin.** (*Sem. méd.*, juin 1896.) — Dans deux cas d'atrésie vaginale avec intégrité de l'utérus et de ses annexes, M. A. Mackenrodt (de Berlin) a réussi à refaire un nouveau vagin en ayant recours à la greffe de lambeaux de muqueuse vaginale provenant de femmes opérées pour prolapsus génital.

Voici le manuel opératoire employé par le gynécologiste berlinois :

Après avoir pratiqué, à l'aide de ciseaux, une première incision

JUL 30 1911
LIBRARY



portant exactement sur l'interstice des cloisons vésico-vaginale et recto-vaginal accolées, notre confrère pénétrait de plus en plus profondément en divisant les tissus avec les doigts au moyen d'instruments mousses, et en évitant soigneusement de perforer ces cloisons, jusqu'à ce qu'il eût mis à nu le col utérin. Il ouvrait et dilatait ensuite l'orifice cervical atrésié. La plaie cavitaire ainsi créée était tamponnée avec de la gaze iodoformée, et le tampon était renouvelé tous les deux jours. Lorsque cette plaie commençait à bourgeonner activement, on procédait aux transplantations de muqueuse vaginale. C'est à ce moment que l'on pratiquait l'opération du prolapsus chez la femme appelée à fournir la muqueuse nécessaire à cette greffe. Les lambeaux étaient taillés de façon à comprendre le moins possible de tissu sous-muqueux ; on les pliait en double, les surfaces cruentées étant mises en contact l'une avec l'autre, puis on les plaçait dans des récipients stérilisés et maintenus à la température du corps.

Dès que la colporrhaphie était terminée, on passait à la transplantation. Le conduit artificiel destiné à former la future cavité vaginale ayant été bien distendu, on l'aseptisait, on l'asséchait et on y appliquait l'un après l'autre, en les étalant bien soigneusement, les lambeaux de muqueuse vaginale. Enfin, pour les maintenir fixés, on tamponnait le nouveau vagin avec de la gaze iodoformée et on laissait le tampon à demeure pendant une dizaine de jours, durant lesquels la patiente devait rester immobile dans son lit.

Mais, à côté de cette méthode, il en est une autre qui consiste à pratiquer la transplantation de toute la muqueuse vaginale en bloc. Pour ce faire, les lambeaux sont appliqués et cousus ensemble en forme de tube, la surface épithéliale tournée en dedans, sur un spéculum de Cusco stérilisé, chauffé et tenu à moitié ouvert. On a soin de laisser entre les lambeaux de petits interstices pour l'écoulement des produits de sécrétion. En outre, à la partie supérieure de ce cylindre épithélial, on dispose quelques fils de soie en anse, afin de pouvoir retirer le spéculum du vagin en y abandonnant le tube épithélial.

Ayant introduit le spéculum ainsi enveloppé dans sa gaine muqueuse, on tamponne, au moyen d'une longue lanière de gaze iodoformée, la cavité au fur et à mesure qu'on extrait l'instrument. Ce tampon est retiré au bout de huit à dix jours. Quant aux fils, on les enlève trois semaines après et même plus tard. Si l'un des lambeaux muqueux se mortifie, on procède, pour le remplacer, à une nouvelle greffe partielle.

Les lambeaux transplantés ont d'abord présenté, à la suite des deux opérations pratiquées par M. Mackenrodt, une teinte grisâtre ; mais au bout de deux semaines, ils avaient pris un aspect parfaitement normal ; aucune desquamation épithéliale ne s'était produite.

Par les procédés qui viennent d'être décrits, notre confrère est parvenu à créer deux vagins dont l'un est peut-être un peu court, mais dont l'autre est presque absolument normal. Dans les deux cas, la muqueuse du nouveau vagin est devenue sensible très peu de temps après l'opération.

***

3. — **Du traitement de la fausse couche imminente.** — Dans les avortements inévitables, M. le Dr C. Marocco (de Rome) conseille de pratiquer le tamponnement vaginal avec de la gaze glycérinée et d'administrer à l'intérieur les cachets ci-dessous formulés :

| | |
|---|---|
| Phénacétine..... | 0 gr. 30 centigr. |
| Chlorhydrate de morphine..... | 0 — 01 — |
| Sucre..... | Q. S. |

Mêlez. Pour un cachet. Faites trois cachets semblables. — A prendre : un cachet d'heure en heure.

***

4. — **Le sérum antistreptococcique dans la septicémie puerpérale.** (*Soc. Obst. et Gyn.*, juillet 1896.) — MM. le Dr G. Durante et L. Siron viennent de communiquer à la Société obstétricale et gynécologique de Paris l'observation d'une femme de 28 ans, primipare, ayant accouché le 23 mars 1896, à 7 mois 1/2. Deux jours après la température s'élève pour arriver à 39°9 le cinquième jour au matin. Curettage le troisième jour et injections de sérum antistreptococcique (50 c. c. en 3 jours) qui font tomber en 2 jours la température un peu au-dessous de 38°. Nouvelle injection de 10 c. c. de serum amenée par nouvelle élévation à 39° de température. Défervescence presque complète (38° au maximum) pendant 4 jours et mort avec agitation assez intense.

A l'autopsie, pas de lésions pelviennes, utérus sain, broncho-pneumonie nodulaire, foie anémique, rein infectieux.

Bactériologiquement, streptocoques à grosses et à petites chaînettes

trouvés dans le sang de la trompe et le liquide encéphalo-rachidien. On en avait constaté également dans les débris du curettage.

Histologiquement, néphrite infectieuse, épithéliale presque pure. Dans le poumon et le pancréas, thrombose formant le centre de nodules non inflammatoires constitués par des éléments nécrosés. Foie interverti, système porte normal : nécrose cellulaire généralisée et systématisée au système sus-hépatique. Pas d'îlots infectieux.

Dans les coupes on ne trouve des streptocoques que dans les noyaux de broncho-pneumonie et dans le rein.

Il s'agirait donc d'une infection à streptocoques d'allure bénigne traitée par sérum et curettage, et mort survenant après chute de la température. Les lésions paraissent attribuables bien moins à l'existence des microbes qu'à l'action de toxines très virulentes.

M. Porak a eu l'occassion de faire dans trois autres cas des injections de sérum antistreptococcique pour des accidents d'infection puerpérale.

Dans un cas, l'injection a été faite dans un cas d'infection suraiguë, évoluant en 2 jours, au moment où des troubles très graves permettaient d'annoncer la mort à brève échéance.

Dans un second cas, il s'agissait de rétention de caduque dans l'utérus. On obtint une amélioration et la guérison par l'emploi simultané du curettage et des injections de serum.

Le troisième cas est très intéressant, car les accidents fébriles survinrent à deux reprises à une semaine d'intervalle, la première fois vers le quinzième jour. La malade était albuminurique et présentait des symptômes urémiques au moment de l'injection de serum. Les accidents fébriles diminuèrent les deux fois, mais après l'apparition d'une phlegmatia alba dolens, d'abord à droite, puis à gauche. La première injection fut suivie d'une aggravation des troubles urémiques. Mais tout rentra dans l'ordre. Cette malade avait de la diarrhée, des vomissements survinrent à la suite des injections. Peut-être est-ce la raison de la bénignité relative des troubles urémiques observés. TOUVENAINT.

***

**5. — Traitement opératoire de la rétroflexion utérine.** (GROUSDEFF. *Wratch.*, 1896, nos 13, 17, 18, 19, 20, 22, 23.) — Le traitement de la rétroflexion utérine continue à susciter des discussions. Grousdeff consacre un très long travail à l'étude de cette ques-

tion et passe en revue les procédés thérapeuthiques recommandés par les chirurgiens. En somme, il finit par formuler les conclusions suivantes :

En ce qui concerne la *ventro-fixation*, on peut dire que cette opération est, dans un grand nombre de cas, surtout lorsqu'il y a des adhérences, le seul moyen capable de soulager, sinon de guérir les malades ; mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit là d'une opération sérieuse et parfois même mortelle.

Par conséquent, la ventrofixation n'est indiquée que lorsque tous les autres moyens ont été manifestement impuissants à améliorer l'état de la malade. Mais il est juste d'ajouter que les accidents consécutifs à la ventrofixation sont, pour ainsi dire, exceptionnels. D'ailleurs cette opération peut être remplacée par la *ventro-fixation* qui, dans un grand nombre de cas, suffit à amener la guérison.

L'*opération d'Alexander* ne doit être faite que dans les cas de rétroflexion mobile, et lorsque le massage et les pessaires sont restés inefficaces.

Lorsqu'elle est réellement indiquée, l'opération d'Alexander, non seulement peut remettre l'utérus dans sa position normale, mais elle lui rend encore bien souvent toutes ses fonctions physiologiques.

Quant aux différents reproches formulés, par les auteurs, contre cette opération, ils sont le plus souvent immérités ; il suffit d'ailleurs de perfectionner la technique opératoire pour obvier à tous ces petits désagréments.

Disons enfin que le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, associé à la vésico-fixation, serait peut-être capable de remplacer la ventro-fixation dans un grand nombre de cas.

Quant à la *vagino-fixation*, pratiquée d'après le procédé de Mackenrodt, c'est une opération peu recommandable, à cause de la grande fréquence des récidives. Le procédé de Dürhrsen donne des résultats beaucoup plus encourageants.

Cette dernière opération mérite d'autant plus d'être conseillée qu'elle peut être indiquée, non seulement dans les cas de rétroflexion plus ou moins fixée, mais encore chez les femmes atteintes de lésions annexielles.

***

**6. — Injections intra-utérines dans le traitement des inflammations de l'utérus, des annexes et du péritoine du petit bassin.** (*Wratsch*, nos 29 et 30, 1896.) — Partant de ce point de vue que les procédés opératoires employés actuellement dans le traitement de ces affections sont loin de donner toujours des résultats favorables, Grammatikati a cherché une méthode conservatrice et croit l'avoir trouvée dans les injections intra-utérines pratiquées d'une certaine façon. La solution employée par l'auteur est la suivante :

| | |
|---|---|
| Alumnol..... | 2 gr. 5 |
| Teinture d'iode..... | ââ 25 — |
| Alcool à 95°..... | |

On se sert de la seringue Braun et l'on injecte à la fois 1 gramme environ de liquide. Les injections doivent être faites tous les jours, et même si l'on constate que les sécrétions utérines sont quelque peu mélangées de sang, les sécrétions de ce genre étant un phénomène pas trop rare après les premières injections. Le nombre d'injections faites ordinairement est de 40.

L'auteur a fait en tout 3,000 injections et n'a jamais constaté d'accidents. Un grand nombre de malades les supportaient très bien sans se plaindre de quoi que ce fût ; d'autres, au contraire, éprouvaient des douleurs pendant et après les injections, mais ces douleurs cédaient rapidement à une bougie intra-utérine à la morphine ou bien tout simplement au repos pendant un quart d'heure environ. L'auteur expose les résultats obtenus dans les conclusions suivantes :

1° Les injections intra-utérines, d'après le procédé décrit plus haut, sont indiquées dans toutes les inflammations chroniques ou aiguës de l'utérus, des annexes et du péritoine du petit bassin ;

2° Elles donnent les meilleurs résultats dans les cas aigus : la température tombe, les douleurs disparaissent et l'exsudat se résorbe rapidement ;

3° Dans un grand nombre de cas d'affections annexielles chroniques, les douleurs disparaissent et le volume des annexes revient à peu près à la normale, de sorte qu'il n'y a plus lieu de songer à une intervention chirurgicale ;

4° Dans les cas où il s'agit du pyosalpinx, on arrive, grâce aux injections intra-utérines, à modifier sensiblement l'état des annexes ; l'opé-

ration consécutive devient de cette façon notablement plus facile et on n'a plus à redouter les récidives ;

5° Les injections intra-utérines guérissent complètement la périmétrite chronique ; le traitement consécutif des complications comme la rétroflexion utérine devient plus facile et donne de meilleurs résultats ;

6° Les injections guérissent les inflammations les plus rebelles de l'endométrium ;

7° La conception redevient possible dans les cas d'annexite blennorrhagique ;

8° Sous l'influence des injections intra-utérines on constate l'arrêt non seulement des métrorrhagies, mais aussi celui des règles.

L'auteur a essayé les injections dans les fibromyomes, mais n'ayant eu qu'à observer un petit nombre de cas, il ne peut pas encore se prononcer.

(*Rev. de thér. méd.-chir.*)

***

7. — **Sur l'hémorrhagie du cordon ombilical chez le nouveau-né**, par le Dr Léméré. (Thèse de Paris, 24 juillet 1896.) — Le premier travail important sur les hémorrhagies ombilicales des nouveau-nés est celui de Watts (1752). Mais déjà Bovi avait publié un relevé des cas trouvés par lui dans une période s'étendant de 1635 à 1691. Après Watts, il convient de citer Cheyn (1801), Pont (1823), Rayford, Simpson, Jenkin, Welker, Rott, Jemmin, Roger, Salut (Strasbourg 1869), Grandidier (1871). La thèse d'agrégation de Ribemont (1880) est des plus documentées et des plus importantes. Enfin les mémoires de Gebray (*Lancet*, 1888), de Léméré (*Gazette médicale de Picardie*, 1883), de Bovée (1891), de Nammark (1895) et surtout de Sippel (*Centralbl. f. Gyn.*, 1892), complètent la bibliographie citée dans la thèse de Léméré (1896).

Au point de vue pathogénique, les hémorrhagies ombilicales sont rangées en deux catégories : les unes, généralement bénignes, sont d'origine mécanique et reconnaissent pour cause un trouble respiratoire coïncidant avec une imperfection quelconque dans la ligature du cordon. Les anomalies de conformation existant du côté du cordon, des artères ombilicales, du cœur ou du foie favorisent l'apparition de l'accident. Le second groupe d'hémorrhagies comprend les formes graves qui résultent ou d'une altération vasculaire intéressant les artères

ou la veine ombilicales, ou d'une dyscrasie quelconque telle que l'hémophilie, le purpura, le scorbut, etc., ou enfin et le plus souvent d'une infection microbienne et, au premier rang, de la pyohémie ou de la septicémie.

La fréquence des hémorrhagies ombilicales varie suivant les races Ribemont et Eröss donnent la proportion de 1 sur 5,000 naissances : Vogel et Fürth acceptent le chiffre de 1 sur 10,000 ; Partridge et Weiss croient à une fréquence beaucoup plus grande (de 1,6 à 4,1 p. 100).

Les garçons sont deux fois plus souvent atteints que les filles.

Quant au moment de prédilection où les pertes sanguines apparaissent, c'est le plus souvent du cinquième au neuvième jour après la naissance : celles qui sont consécutives à des troubles respiratoires coexistant avec une ligature insuffisante sont beaucoup plus précoces.

Les hémorrhagies bénignes se traduisent cliniquement ou par un suintement qui teinte en rouge le pansement ombilical, ou par un état général qui frappe de prime abord (pâleur, faiblesse, syncope, etc.) et dont on reconnaît la nature en déshabillant le nourrisson. Les hémorrhagies dyscrasiques ou infectieuses se compliquent souvent d'ictère, de fièvre, d'écoulements sanguins se faisant par d'autres voies (purpura, mélœna, épistaxis, hématurie, hémorrhagies pleuro-pulmonaires, etc.). L'urétrorrhagie a été signalée par Partridge et Hirigoyen, les otorrhagies par Partridge.

Pour Grandidier, il y aurait 5/6 de cas mortels ; pour Hennig, 68 p. 100. Sur 13 cas, Fürth a eu 13 morts.

Dans une même famille, plusieurs enfants ont présenté des hémorrhagies ombilicales quelque temps après leur naissance.

Comme moyen de traitement, il faut citer la mise en place d'une nouvelle ligature bien assujettie sur le cordon qui saigne ; l'emploi des applications astringentes (ratanhia, perchlorure de fer, agaric, etc.), les injections sous-cutanées d'ergotine, la cautérisation du point qui saigne avec le thermocautère, la compression digitale continuée pendant des heures, l'hémostase avec une pince à forcipressure.

Si ces tentatives restent infructueuses, on aura recours à la ligature en masse (passer dans la peau de l'ombilic deux épingles en croix et faire au-dessous d'elle une ligature très serrée comprenant tout le tubercule ombilical). Dans un cas de Herbet, l'hémorrhagie se reproduisit aux points où les épingles traversaient les téguments.

Allain avive les lèvres de l'ombilic et fait une suture.

Sippel a proposé, devant une hémorrhagie incoercible, de pratiquer la laparotomie pour procéder ensuite à la ligature des artères ombilicales.

Enfin, des injections d'eau salée seront utiles pour parer aux inconvénients de l'anémie post-hémorrhagique.

(*Rev. de thé. méd.-chir.*)

***

8. — **Traitement du prurit vulvaire.** (Morain.) — On ordonnera des lotions vulvaires, répétées matin et soir, avec de l'eau très chaude (45 à 50°) additionnée soit de chloral (1 p. 100), soit de coaltar, soit de vinaigre aromatique.

En outre on fera pratiquer : ou bien des badigeonnages avec un tampon d'ouate hydrophyle imbibée de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne | 1 gr. |
| Eau distillée | 10 — |

ou bien des onctions avec la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Menthol | 3 grammes. |
| Huile d'olive | 1 — |
| Lanoline | 6 — |

ou bien avec cette autre pommade :

| | |
|---|---|
| Bromure de potassium | ãã 1 gr. |
| Acide salicylique | |
| Glycérolé d'amidon | 20 — |
| Calomel | 0 gr. 40 |
| Extrait de belladone | 0 gr. 20 |

ou bien les lotions avec la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Bichlorure d'hydrargyre | 2 grammes. |
| Alcool | 10 — |
| Eau de rose | 40 — |
| Eau distillée | 458 — |

Si ces moyens échouent, on essayera l'électrisation sous forme de courants continus ou de courants interrompus.

Enfin, dans les cas particulièrement rebelles, quand les démangeaisons résistent à toute espèce de traitement et incommodent les malades au point de les priver de repos et de sommeil, on pratiquera la résection des tissus qui sont le siège du prurit.

En ce qui concerne le prurit anal, M. Morain conseille d'essayer d'abord les irrigations et les lotions très chaudes répétées deux ou trois par jour. Recommander au malade d'éviter avec grand soin la constipation et de n'aller à la garde-robe qu'après avoir pris un lavement huileux et avoir garni l'anus de vaseline.

Essayer ensuite, dans l'ordre où elles sont énumérées, les diverses médications suivantes :

A. — Faire, matin et soir, un badigeonnage local avec le glycérolé suivant :

| | |
|---|---|
| Alun | 4 grammes. |
| Calomel | 2 — |
| Glycérine | 20 — |

B. — Ou avec une des pommades suivantes :

| | |
|---|---|
| Calomel | 4 grammes. |
| Vaseline | 30 — |

| | |
|---|---|
| C. — Oléate de cocaïne | 1/20 |
| Lanoline pure | 3 parties. |
| Vaseline } | ãã 2 parties. |
| Huile d'olive } | |
| D. — Oxyde rouge de mercure | 4 gr. |
| Vaseline | 30 gr. |

E. — Appliquer dans l'orifice anal un tampon de coton hydrophyle imbibé d'une pommade d'oxyde de zinc à 4 p. 30.

F. — Cautériser la région douloureuse avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 10.

G. — Dans les cas tout à fait rebelles, il faut recourir aux scarifications linéaires quadrillées.

***

**9. — Traitement de la septicémie puerpérale par les bains froids.** — M. le Dr Paul Voyer publie trois observations nouvelles dues à M. Macé, qui montrent les résultats favorables que peut donner cette pratique encore peu répandue.

C'est à Lyon que fut préconisée d'abord l'application de la méthode. M le Dr Vincent y traite la septicémie puerpérale par les bains à 28 ou 25° et 18°, selon les cas. Il inspira la thèse de Chabert écrite en 1886. M. Chabert rapporte 28 observations, il y eut trois décès : des

trois femmes qui moururent deux furent portées à l'hôpital dans un état voisin de la mort et ne doivent pas légitimement être comptées dans la statistique de la méthode. Cette statistique donne alors une mortalité de 3 à 4 pour 100. M. Chabert fait remarquer que du jour où la méthode fut appliquée rigoureusement il n'y eut aucun décès. Il s'agissait cependant d'une épidémie grave où l'on put observer des cas avec pyohémie, abcès métastatiques, péritonite suraiguë, scarlatine puerpérale.

Il y a donc là un excellent moyen qui peut être utilisé dans la fièvre puerpérale, d'autant mieux qu'il présente peu de contre-indications : les seules auxquelles on doive s'arrêter sont les accidents péritonéaux, les phlegmons du ligament large, ou un collapsus trop complet qu'il faut d'abord améliorer.

Quant au mode d'administration des bains, il est le même que dans la fièvre typhoïde.

Dans les deux cas suivis de guérison rapportés par M. Voyer, il y eut pour l'un 47 bains, en neuf jours et demi, et pour l'autre 18 en sept jours. Aussi on peut dire que le bain est indiqué dès que l'état général est pris, qu'il y ait eu ou non intervention.

La température élevée sera un guide pour son administration : quand elle se maintiendra sans rémission matutinale notable aux environs de 40°, et malgré la prise de quinine et des excitants diffusibles à haute dose, le bain sera prescrit.

Mais, ce qui doit aussi guider, c'est moins encore la température que l'état général. Toutes les fois qu'il y a céphalalgie, langue sèche, mictions peu abondantes, facies terreux, la balnéation est indiquée, à plus forte raison lorsqu'il y a des phénomènes ataxiques et adynamiques.

Cette indication, qui s'adresse au phénomène fièvre et au phénomène nerveux, n'exclut pas l'usage des antiseptiques locaux, ni l'emploi des moyens chirurgicaux proposés récemment et qui ont donné d'excellents résultats.

***

**10. — Modification à la technique de l'opération de Schroeder.**—O. Rapin (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 20 juin 1896) a voulu parer aux difficultés que présente l'abaissement de l'utérus après amputation du col, quand il faut enlever les sutures sans prendre point d'appui sur des tissus fraîchement unis et faciles à décoller. Au

lieu d'employer le catgut, il s'adresse à la soie ; un fil de 40 centimètres est passé à travers les deux bords de la plaie faite sur la lèvre antérieure ; ce fil, placé sur la ligne médiane, est noué solidement. Un autre fil est passé de même au milieu de la lèvre postérieure et noué à son tour. Le chef de gauche du fil de la lèvre inférieure est muni d'une aiguille courbe et employé à faire un surjet allant de la ligne médiane à la commissure gauche ; même manœuvre avec les trois autres fils, en allant toujours vers les commissures où l'on noue solidement entre eux les deux fils qui y aboutissent, chacun correspondant à une des lèvres du col. La plaie est ainsi complètement fermée avec deux fils et quatre nœuds. On laisse aux nœuds des commissures une longueur de fils de 4 centimètres pour pouvoir les retrouver facilement. Il est bon néanmoins de placer une anse de sûreté de 6 à 8 centimètres au niveau des nœuds de la ligne médiane, car lorsqu'on veut enlever les fils, vers le dixième jour, on peut trouver ces nœuds enfoncés dans les tissus. Au moyen de cette anse, on soulève chaque suture avant de la couper et il suffit de tirer sur les fils de chaque commissure pour avoir le nœud et d'un seul coup les fils des quatre surjets.

***

**11. — Modification à la technique de l'hystérectomie vaginale.** — Jacobs (*La Polyclinique*, 15 juin 1896) ne laisse plus de pinces à demeure : une ligature à la soie est placée autour de la partie étreinte par les mors de chaque pince et serrée fortement à mesure qu'un aide desserre la pince. Il y a ainsi autant de fils que de pinces, et les fils, laissés très longs, pendent dans le vagin et tombent d'eux-mêmes au bout de dix à seize jours.

Dans bien des cas, quand il n'y a pas de suppuration et que le drainage ne s'impose pas, Jacobs ferme la plaie vaginale au moyen d'un fil comprenant le bord de l'incision vaginale supérieure, le péritoine du cul-de-sac antérieur, celui du cul-de-sac postérieur et le bord de la plaie vaginale inférieure ; les fils des moignons passent de chaque côté dans les espaces restés libres ; parfois même, il a renvoyé fils et moignons dans la cavité péritonéale et posé trois fils semblables au fil unique, de façon à fermer entièrement le fond du vagin. La malade se lève le cinquième ou sixième jour.

***

**12. — Le succinate d'ammoniaque contre les spasmes utérins.** — D'après la *Semaine médicale* du 6 mars 1895, M. Remy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, aurait obtenu de bons effets de l'emploi du succinate d'ammoniaque dans les accouchements où le travail traîne en longueur, par suite du caractère spasmodique des contractions utérines. Il administre ce médicament à la dose de 1 gramme dans une potion de 150 grammes, que la malade prend par cuillerée à bouche de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à sédation du spasme. Chez une primipare, dont le col se dilatait difficilement, bien que les douleurs durassent depuis dix-huit heures, le spasme utérin s'est calmé après l'absorption de la première cuillerée, et la dilatation s'est alors produite rapidement, au point que, deux heures après, la poche des eaux se rompait et que bientôt l'accouchement se terminait spontanément.

Le succinate d'ammoniaque n'est pas seulement utile pour calmer les spasmes utérins qui s'opposent à la dilatation du col avant l'accouchement ; il constitue encore un médicament précieux pour combattre le spasme de l'orifice interne de l'utérus à la période de délivrance, spasme qui s'oppose à l'expulsion du placenta et à son extraction par l'accoucheur.

***

**13. — Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine. Signes. Diagnostic. Traitement.** (M. P. Thévenard. *Thèse*, Paris, 1896.) — L'auteur définit l'hématocèle rétro-utérine un hématome intra-péritonéal situé dans le cul-de-sac de Douglas, résultant d'une hémorrhagie d'origine annexielle provoqué 95 fois sur 100, par la rupture d'une grossesse ectopique.

Cette hématocèle survient-elle toujours chez des femmes ayant déjà un long passé annexiel comme le veulent Lawson Tait et, après lui, beaucoup d'auteurs, Terrier, Tuffier, etc... ou, au contraire, arrive-t-elle chez des femmes sans passé génital, comme le dit M. Bouilly ? Dans une série de 53 cas, l'auteur n'a trouvé que 7 fois de véritables lésions salpingiennes et il se rallierait volontiers à l'opinion de Bouilly.

Dans les 53 observations inédites que M. Thévenard a réunies dans sa thèse, toutes les hématocèles rétro-utérines furent traitées par l'incision systématique du cul-de-sac vaginal postérieur, il n'y eut qu'un seul cas de mort. Aussi, après avoir mis hors de cause le trai-

tement de l'inondation péritonéale, de l'hémorrhagie au moment de la rupture de l'œuf ectopié, traitement qui sera évidemment la laparotomie, seule capable de permettre de lier les vaisseaux qui saignent, l'auteur plaide avec force en faveur de l'incision et de l'évacuation par le cul-de-sac postérieur de l'hématocèle collectée, constituée, passée à l'état d'hématome. L'intervention par cette voie est simple, bénigne efficace. Un seul aide direct est nécessaire. On place une valve sur la paroi postérieure du vagin pour la déprimer, on saisit avec une pince et on relève la lèvre inférieure du col utérin ; on incise alors transversalement sur la lèvre postérieure du col comme pour une hystérectomie, on débride ensuite à droite et à gauche pour se donner plus de jour s'il y a lieu. On aperçoit alors, à travers le cul-de-sac péritonéal transparent, une masse bleue violacée ou noirâtre ; c'est l'hématocèle que l'on ponctionne au bistouri. Il ne reste plus qu'à agrandir la boutonnière ainsi faite, soit avec les doigts, soit avec des ciseaux pour voir l'hématocèle s'évacuer.

On explorera alors les annexes, pour voir s'il y a lieu de les enlever d'un côté. Cette ablation est facile.

On terminera l'opération par une toilette prudente de la poche à l'aide de la curette et le drainage, au moyen d'un gros tube en T entouré ou non de quelques mèches de gaze iodoformée.

Dans les cas où l'on trouverait de doubles et graves lésions des annexes, on peut compléter l'intervention par une hystérectomie immédiate, ou mieux secondaire. En somme, dans le traitement de l'hématocèle, M. Thévenard préconise cette gynécologie conservatrice qui, au dernier Congrès d'obstétrique et de gynécologie de Genève, a compté tant de défenseurs et rallié tant de partisans.

(*Rev. int. de méd. et de clin.*)

***

**14. — Traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort**, par Ed. Vignard, de Mantes. (*Congrès français de Chirurgie*, session de Paris, 1896.) — Le traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort est encore aujourd'hui mal précisé. D'après certains chirurgiens, son ablation s'impose ; or cette ablation est sans conteste tantôt facile, tantôt difficile et dangereuse, en tout cas incertaine dans ses résultats. D'autres chirurgiens abandonnent le placenta après mar-

supialisation du sac, mais font un drainage prolongé, des lavages réitérés, et le placenta s'élimine ou est extrait secondairement : ce qui complique d'une façon plus ou moins sérieuse les suites opératoires. L'auteur a eu l'occasion d'opérer deux grossesses extra-utérines avec fœtus à terme et mort depuis trois mois ou quatre mois. Dans les deux cas parfaitement comparables, la conduite suivie a été identique : on n'a point enlevé le placenta et celui-ci ne s'est point éliminé secondairement. Les suites opératoires ont été d'une simplicité remarquable et on n'a observé aucune complication ultérieure du fait de la rétention du placenta, lequel s'est progressivement résorbé. L'auteur attribue l'heureuse issue de l'opération à la technique qu'il a suivie.

Cette technique est basée sur les notions suivantes : le kyste fœtal est, sauf cas exceptionnels, aseptique ; ses parois, une fois le fœtus enlevé, ont une tendance naturelle et rapide à l'accolement. Dès lors, s'il est prudent, après l'extraction du fœtus, de drainer lâchement les deux ou trois premiers jours, il est parfaitement inutile et même dangereux de prolonger ce drainage et de se livrer à des lavages quotidiens de la poche fœtale. Ces manœuvres, plus ou moins compliquées, ont pour effet presque assuré de provoquer par irritation ou même par infection légère la mortification du tissu placentaire et son élimination. A la suite de ces opérations la guérison du prolapsus était complète, mais l'incontinence d'urine persista avec les mêmes caractères qu'avant l'opération.

Il résulte de ces deux faits que l'opinion actuelle est trop absolue et que dans les cas de prolapsus au début, accompagné d'incontinence d'urine, les opérations de correction uréthrale sont indiquées toutes les fois que les lésions uréthrales sont manifestes et accentuées.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

---

# FORMULAIRE

*Mode d'emploi du chlorate de soude dans le traitement palliatif du cancer utérin.*

(Jules Chéron).

M. Bovehner (de Rouen) a conseillé, dernièrement, d'appliquer au traitement du cancer utérin inopérable, le chlorate de soude déjà employé dans le traitement du cancer de l'estomac.

Sa pratique est consignée dans la thèse de M. Duvrac (1896).

Elle consiste dans l'administration interne du chlorate de soude combinée à l'application locale de ce médicament sur le col cancéreux.

Voici les formules de l'auteur :

Prendre, à l'intérieur, deux à six cuillerées à bouche dans les 24 heures, de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorate de soude..... | 20 grammes. |
| Sirop de fleurs d'oranger..... | 30 grammes. |
| Eau distillée..... | 100 grammes. |

On commencera par deux cuillerées à bouche dans la journée, pour arriver rapidement à six cuillerées dans le même temps.

Comme applications locales on peut se servir indifféremment soit du mélange des poudres suivantes portées sur le col au moyen d'un tampon de pure stérilisée.

| | |
|---|---|
| Chlorate de soude..... } Sous-nitrate de bismuth..... } | àà 10 grammes. |
| Iodoforme..... | 4 grammes. |

Soit de tampons d'ouate hydrophile imbibée de la solution qui suit :

| | |
|---|---|
| Iodoforme..... | 1 gramme. |
| Chlorate de soude..... | 20 grammes. |
| Glycérine..... | 20 grammes. |

Ces formules sont utiles à retenir car on ne saurait avoir un trop grand nombre de moyens thérapeutiques à sa disposition contre un mal aussi redoutable que le cancer utérin. Mais nous conseillons de remplacer l'iodoforme dont l'odeur est si pénible et mal tolérée, par les malades et leur entourage, au bout d'un certain temps, par l'iodocrésyl ou mieux encore par le diiodoforme qui sont, l'un et l'autre, sans odeur appréciable.

Les formules pour l'application locale seront donc transformées de la façon suivante :

a) Poudre composée :

| | |
|---|---|
| Chlorate de soude..... } Sous-nitrate de bismuth..... } | àà 10 grammes. |
| Iodocrésyl (ou bien diiodoforme).. | 4 grammes. |

b) Solution :

| | |
|---|---|
| Iodocrésyl (ou bien diiodoforme).. | 1 grammes. |
| Chlorate de soude..... | 20 grammes. |
| Glycérine..... | 20 grammes. |

*Directeur-Gérant*, Dr J. Gieron

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

I. — MÉTHODE DE THURE BRANDT DANS LES INFLAMMATIONS GÉNITALES CHEZ LA FEMME.

II. — MENSTRUATION CHEZ UNE FILLETTE DE 4 ANS ET 9 MOIS.

III. — PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE URÉTHRALE CHEZ UNE PETITE FILLE.

IV. — DE L'HÉPATOPTOSE, CHEZ LA FEMME.

I. — Le massage gynécologique n'occupe pas encore la place qu'il mérite dans le traitement des maladies des femmes. Aussi sommes-nous heureux de reproduire le résumé suivant d'un intéressant mémoire de Kamenskaia Tchepetowa (*Wratsch*, n° 13,1896) que nous empruntons à la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* du 15 janvier dernier :

KAMENSKAIA-TSCHEPETOWA eut recours au procédé du masseur suédois dans onze cas ; l'âge des malades traitées variait de dix-neuf à trente-deux ans. Les résultats obtenus sont des plus favorables, car il n'y a eu qu'un seul échec (il s'agissait d'une péri et paramétrite gauches chez une veuve de trente ans). Encore, dans ce cas, attribue-t-il l'échec à la durée insuffisante du traitement.

De ces onze malades, six sont devenues enceintes. Presque toutes les malades présentaient des modifications pathologiques du para et du périmétrium, compliquées, dans la plupart des cas, de lésions de l'utérus et des ovaires.

L'état général s'améliorait rapidement : les menstrues, chez les malades réglées normalement, devenaient un peu plus abondantes ; au contraire, chez les malades réglées abondamment, elles devenaient moins fortes. Enfin, les fonctions intestinales redevenaient normales.

L'auteur pratique le massage en introduisant, dans le vagin, deux doigts de la main gauche, en appuyant le coude sur le genou gauche. Les malades reçoivent une douche à 35-38° (R) et prennent de l'extrait d'hydrastis canadensis, considéré par l'auteur comme un moyen de diminuer les stases veineuses.

L'auteur conseille à ses malades de faire des promenades à pied ; ce n'est que dans les cas rares où l'utérus est particulièrement excitable qu'on prescrit une heure de repos après la séance.

Après le massage il faut toujours faire la gymnastique des muscles du bassin et des cuisses. L'auteur n'a jamais observé aucune irritation déterminée par le massage, de sorte qu'il ne croit pas que les règles soient une contre-indication au massage.

II. — Les faits de véritable menstruation, sans légions génitales, chez des fillettes très jeunes, sont utiles à connaître. En voici un très bien observé par le Dr Seuvre, qui le publiait récemment dans l'*Union médicale du Nord-Est* :

Dans les premiers jours de janvier se présentait, à ma consultation, une mère affolée me consultant pour une fillette de quatre ans neuf mois, ayant depuis deux jours des pertes sanguines vaginales comme une femme réglée.

Mme X..., mariée depuis dix ans, a six enfants, dont deux filles, l'une âgée de neuf ans et l'autre de quatre ans neuf mois, notre jeune consultante. Cette dame a été réglée à quatorze ans et elle ne pense pas que sa mère et sa grand'mère aient été réglées prématurément.

Quant à la petite fille en question, elle eut du lait quelques jours après la naissance et sa mère remarquait que les glandes mammaires étaient toujours restées relativement développées. Depuis un an environ, elle remarquait que sa fillette, très brune et d'une bonne santé habituelle, sans être plus grande que les enfants de son âge, se développait en largeur de hanches, en volume des cuisses et que les seins étaient particulièrement accusés. Il y a quelques mois, le père la voyant nue dans un bain, plaisantait sur les charmes de cette petite mère nourrice.

De plus, les parents avaient remarqué que cette enfant était devenue, depuis quelque temps, plus affectueuse, plus sensible, plus sérieuse, et faisait parfois des réflexions dignes d'une petite fille plus âgée.

L'enfant, quand je la vis, n'avait pas de fièvre ; elle offrait tous les attributs d'une santé florissante. L'examinant, je constatai l'existence d'un écoulement séro-sanguin par la vulve. Les grandes lèvres sont assez dépeloppées, recouvertes, ainsi que le pubis, de quelques poils en voie de développement ; les cuisses sont fortes, bien musclées ; le bassin assez large. Les seins sont développés comme ceux d'une jeune fille de quinze à seize ans.

Il s'agit évidemment là d'une menstrnation véritable, car il n'y a eu aucune lésion du côté de la vulve et du vagin ; aucune maladie (fièvre éruptive) ne permet de songer à une sorte d'épistaxis utérine.

Je rassurai la mère et je lui affirmai que ce fait, tout en étant exceptionnel, avait été maintes fois signalé et que cet

incident ne devait pas nuire au développement et à la constitution de l'enfant.

Je conseillai la surveillance de cette fonction au bout de quatre semaines, séjour au lit si la perte s'accusait d'avantage et au besoin l'action de toniques vaso-moteurs (teinture d'hamamelis par exemple).

Il s'agit évidemment en la circonstance d'un fait de puissance emménique ou génitale prématurée et qui s'explique par la maturité précoce des vésicules de Graff. Depuis les travaux de Coste, de Pouchet, de Raciborski, de Longet, depuis l'anatomie minutieuse des ovaires faite par Sappey, nous savons que l'ovaire, même dans la vie fœtale, contient des follicules nombreux qui ne réclament que l'occasion favorable de développement. Cette action génitale des ovaires est variable selon les individus, selon l'éducation, selon le régime, selon la température, selon le climat, selon la race. Mais, normalement, la première menstruation ne se fait qu'exceptionnellement avant dix ans. Le plus souvent elle a lieu de treize à seize.

Toutefois, les autopsies ont permis de remarquer que parfois dès la première année de l'existence, on peut déjà apercevoir, à l'œil nu, à la surface des ovaires, quelques vésicules.

Raciborski signale des exemples de menstruation très précoce, chez des petites filles de trois ans, de deux ans même. Ce sont des faits de puissance génitale exagérée, ce sont des anomalies singulières, mais explicables anatomiquement.

Dans un fait de menstruation prématurée signalé par Descuret, une fillette réglée dès l'âge de deux ans, mariée à vingt-sept ans, eut plusieurs enfants et les époques durèrent jusqu'à cinquante-trois ans. N'était-ce pas là un type de puissance génitale prolongée ?

A ce propos, Raciborski affirme, contrairement à l'opinion généralement adoptée (qu'une femme réglée jeune cesse de voir jeune encore), affirme, dis-je, que souvent plus une fille

est précoce, plus elle aura de disposition à avoir des enfants nombreux, et plus la ménopause se fera à un âge avancé.

III. — Nous rapprocherons du fait précédent un cas d'hémorrhagie vulvaire dû à un prolapsus de la muqueuse uréthrale chez une petite fille. Il s'agit d'une affection qui n'est pas très rare chez les femmes adultes et dont nous avons pu observer déjà un assez grand nombre de cas, surtout dans le service du Dr Chéron, à Saint-Lazare.

Voici, d'après le *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantile*, du 4 février 1897, l'observation rapportée par M. Savaneski à la *Société de Pédiatrie* de Moscou, le 16 décembre dernier :

La petite Sonia, âgée de six ans, est entrée à l'hôpital de Sainte-Olga pour une petite tumeur qui faisait saillie à travers la fente génitale de couleur rougeâtre.

En écartant les grandes lèvres, la tumeur se présente sous l'aspect de deux crêtes parallèles, la crête droite étant plus volumineuse que celle du côté gauche. La tumeur a une longueur totale de 1 centimètre, du volume d'un haricot. En soulevant la tumeur, on distingue très nettement l'hymen, rose pâle. Entre les deux crêtes on trouve une petite ouverture, qui, par le cathétérisme, conduit dans la vessie. La miction est, chez la malade, facile, non douloureuse, normale comme la fréquence. La quantité totale de l'urine dans les 24 heures est de 700 à 900 cent. L'urine est normale, le sédiment contient cependant quelques globules rouges. Pas d'écoulement vaginal. La maladie a commencé six semaines avant son entrée à l'hôpital par une hémorrhagie brusque et assez abondante par les organes génitaux. L'hémorrhagie a duré cinq jours, mais ne s'est pas répétée depuis.

Deux semaines après l'entrée de la malade, on lui fait la résection de la muqueuse uréthrale : ligature par quatre fils

de soie de toute l'épaisseur de la tumeur, section avec des ciseaux. L'opération a très bien réussi et le huitième jour la malade a pu marcher. La miction est normale.

L'auteur rappelle à ce propos que le prolapsus de la muqueuse uréthrale, accompagnée presque toujours d'hémorrhagie, donne souvent lieu à des fautes de diagnostic graves, car très souvent on l'attribue au viol.

IV. — Nos lecteurs savent l'importance que nous attachons aux ptoses viscérales, si fréquentes chez la femme, entraînant souvent des douleurs pour lesquelles le gynécologiste est consultée. Le diagnostic complet de ces ptoses n'est pas la grande difficulté, si l'on s'attache à les rechercher avec soin. C'est surtout leur traitement qui est difficile. Sans aborder cette question, qui demanderait de longs développements, nous nous bornerons à rappeler, ici, qu'en dehors des traitements toniques, hygiéniques et médicamenteux de la neurasthénie toujours indiqués en pareil cas, en dehors des moyens mécaniques et, en particulier, de la sangle hypogastrique souvent utile, quel que soit le viscère abdominal ptosé, le massage général de l'abdomen, dans le décubitus renversé, tel que l'a exposé, dans ce journal le Dr Chéron, constitue la ressource thérapeutique la plus précieuse que nous connaissions contre la ptose des viscères abdominaux.

Ceci posé, voici le résumé d'une étude d'ensemble que le Dr Sangline consacre à l'hépatoptose (*Journal d'accouchements*, 27 décembre 1896) :

« L'hépatoptose, qui se rencontre d'ailleurs presque toujours chez les femmes, se produit surtout chez celles qui présentent une éventration ou ont eu des grossesses répétées.

Chez les malades qui ont un déplacement du foie, le plus commun des symptômes est la sensation d'une pesanteur habituelle et d'un tiraillement constant vers l'hypochondre

droit ; la douleur s'exagère par les moindres mouvements et irradie dans différentes directions. Le décubitus latéral droit n'est pas toléré et les vomissements, le manque d'appétit sont fréquents.

A ces symptômes habituels viennent s'ajouter des accès paroxystiques dont l'acuité est parfois assez intense pour faire croire à une maladie plus sérieuse : des troubles digestifs variés les accompagnent, tantôt le météorisme et tantôt la constipation. Dans ces crises aiguës, on constate une sensibilité excessive des viscères abdominaux et une véritable hyperesthésie des parois du ventre. Le système nerveux finit à la longue par s'en ressentir et l'hystérie, l'hypochondrie en résultent, comme il arrive pour les reins mobiles.

Ces accès douloureux peuvent être assez intenses pour simuler une colique hépatique, surtout lorsque l'ictère apparaît. L'hépatoptose peut, en effet, donner naissance à un ictère plus ou moins développé, par la coudure ou la torsion du cholédoque, obstruant momentanément les voies biliaires et causant un ictère par rétention. Il existe même des cas d'hépatoptose dans lesquels la lithiase biliaire existe réellement, affirmée par la présence de calculs sans qu'on puisse dire s'il y a là un rapport de cause à effet.

Les signes physiques sont beaucoup plus importants, car ce sont eux qui décident du diagnostic. L'inspection de l'abdomen fait constater la fréquence du ventre en besace, du ventre pendant (Landau), et ce fait est vérifié dans toutes les observations : on observe fréquemment une véritable éventration. Il présente de l'asymétrie due au volume du foie tombé. La palpation est le meilleur mode d'investigation. On sent d'habitude au voisinage de l'ombilic et dans l'hypochondre droit une tumeur que les malades désignent eux-mêmes. En général, le foie descend en masse et sans exécuter autre chose qu'un mouvement de bascule. Il devient rétro-ombilical : sa face

supérieure convexe reste supérieure et le bord tranchant reste antérieur. Mais le foie peut également se renverser.

Il faut chercher à délimiter l'organe, rechercher l'encoche du ligament falciforme, percevoir sa consistance, vérifier sa mobilité. La palpation doit être faite tour à tour dans le décubitus dorsal et latéral, dans la station verticale et la situation assise : pour cette dernière investigation, le malade doit tenir le corps légèrement penché en avant, les bras étendus, les mains appuyées au dossier d'une chaise ou sur les genoux même. Le médecin doit se placer latéralement et un peu en arrière de l'hypochondre, les mains étant situées dans l'attitude qu'elles auraient s'il palpait son propre corps; les sensations sont ainsi mieux perçues (Létienne).

A part les cas aigus de luxation du foie pouvant amener la mort brève, le pronostic de l'hépatoptose elle-même est en général bénin. Mais la persistance de cet état anormal, la difficulté qu'on a d'y remédier, rendent cette affection douloureuse, gênante et en font une source de troubles multiples à répétition.

On peut quelquefois y remédier par une ceinture avec une pelote en forme de croissant. Ce procédé a parfaitement réussi chez une malade de M. Siredey présentant un énorme déplacement de foie. Il est un certain nombre de cas où le chirurgien pourra intervenir et pratiquer une hépatopexie.

---

## UN CAS D'ATROPHIE SPONTANÉE

### de tumeur fibreuse interstitielle après l'accouchement,

Par le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare (1).

—

A propos de la curieuse observation que vient de nous rapporter M. Charpentier, je désire vous communiquer un cas d'atrophie spontanée de tumeur fibreuse après l'accouchement.

(1) Communication faite à la *Société médicale de l'Elysée*, séance du 4 janvier 1897.

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années que j'ai eu l'occasion d'observer et de soigner, il y a quatre ans, à la clinique du Dr Chéron.

Cette malade était venue se faire examiner parce qu'elle sentait une grosseur au-dessus du pubis et parce qu'elle avait des douleurs dans le ventre et des hémorrhagies. L'examen local démontra qu'il existait, dans la paroi antérieure de l'utérus, une masse de consistance solide, fibromateuse, du volume et de la forme d'une moitié d'orange à voussure externe.

Pendant six mois environ la malade fut soumise aux intermittences rythmées du courant continu, chaque séance d'électrisation étant suivie d'une application intra-utérine de perchlorure de fer. Douleurs et hémorrhagies disparurent rapidement, mais la tumeur restait identiquement de même volume.

La malade, qui était nullipare, devint enceinte ; pendant la grossesse on put constater, à plusieurs reprises, l'existence de la tumeur fibreuse, occupant toujours la paroi antérieure de l'utérus et augmentée nettement de volume.

La tumeur occupant le segment supérieur de l'utérus et n'empiétant nullement sur le segment inférieur, je dis à la malade qu'elle ne devait avoir aucune crainte pour l'accouchement. L'accouchement eut lieu, en effet, à terme, sans aucune difficulté, comme c'est la règle en pareil cas.

Six semaines environ après l'accouchement, la malade revenait à la clinique pour savoir ce qu'était devenue sa tumeur fibreuse qu'elle disait ne plus percevoir comme autrefois. Malgré l'examen bi-manuel le plus complet, il fut impossible de trouver trace de l'ancienne tumeur ; l'utérus était de volume normal et la paroi antérieure ne présentait aucune tuméfaction, aucune induration, ayant au contraire partout une épaisseur et une consistance normales.

Plusieurs examens donnèrent toujours le même résultat négatif.

Bien que les faits de ce genre soient connus, ils sont rares ; c'est pourquoi je suis heureux que M. Charpentier m'ait fourni

l'occasion de vous citer ce nouvel exemple d'atrophie spontanée d'une tumeur fibreuse à la suite d'un accouchement.

---

# OPOTHÉRAPIE OVARIENNE

Par le Dr Jacobs (de Bruxelles). (*Suite.*) (1).

—

Obs. XXI. — 32 ans, Opérée en juin 1896 de castration vaginale totale pour affection annexielle bilatérale (D. Scoupermann). Troubles nerveux généraux de ménopause, vapeurs, etc.

Vin le 1er octobre.

En novembre, grande amélioration. Etat général très bon. Disparition des vapeurs. Très peu de nervosisme.

Continue le traitement.

Obs. XXII. — 25 ans, nullipare. Opérée il y a deux ans de castration abdominale bilatérale par M. le docteur Rouffart.

Douleurs pelviennes continues. Etat général précaire. Vapeurs. Nervosisme. Insomnie, inappétence, constipation, pertes blanches abondantes.

Vin le 15 septembre.

15 octobre. — Changement complet de l'état général. Plus de pertes blanches. Très peu de douleurs abdominales. Appétit. Selles régulières.

Continue le traitement.

Obs. XXIII. — 50 ans, nullipare. Opérée en juin 1896 d'hystérectomie vaginale pour épithélioma du col.

En octobre 1896, récidive dans le tissu cellulaire pelvien. Dépérissement rapide, inappétence. Constipation. Œdème des membres inférieurs.

Prend le vin le 27 octobre.

Le 5 novembre, amélioration de l'état général, l'œdème des membres inférieurs a disparu. Appétit. Selles régulières. La malade reprend courage. Lésions locales *statu quo*.

(1) La Policlinique, 1er déc. 1897 et *Rev. des mal. des enfants*, avril 1897.

Le 15 novembre, état général bon. La malade mange et dort très bien. A très peu de pertes. Peut sortir régulièrement. L'œdème des membres inférieurs n'a plus reparu.

Continue le traitement.

Obs. XXIV. — 47 ans, IVpare. Opérée de castration génitale totale pour fibromes multiples le 17 juillet 1896. Phénomènes pénibles de ménopause post opératoire.

Vin le 22 octobre.

Le 11 novembre, les vapeurs ont totalement disparu. Etat général excellent.

Cesse le médicament.

Obs. XXV. — 48 ans, IVpare. Opérée de castration vaginale totale le 10 mars 1896 pour cancer primitif du corps utérin. Troubles généraux de ménopause, vapeurs, etc.

Vin le 14 octobre.

Le 14 novembre, la malade nous écrit qu'elle se porte très bien. N'a plus de vapeurs. Tube digestif excellent. Embonpoint.

Continue le vin.

Obs. XXVI.—38 ans, nullipare. Hystérectomie abdominale pour fibrome le 20 août 1896. Troubles de ménopause, vapeurs, nervosisme exagéré, etc.

Vin le 15 octobre.

Le 3 novembre, les vapeurs ont à peu près disparu. Santé excellente. Tube digestif fonctionne normalement.

Continue le vin.

Obs. XXVII. — 37 ans, IIIpare. Opérée de castration vaginale totale pour altération annexielle bilatérale.

Le 21 août 1893, embonpoint rapide, vapeurs très fréquentes, troubles généraux de ménopause.

Vin le 16 octobre.

Le 5 novembre, estomac et intestins à fonctionnement normal. Les vapeurs ont disparu. Se sent très forte et bien portante.

Cesse le vin.

Obs. XXVIII. — 31 ans, IIIpare. Opérée de castration vaginale

totale en septembre 1896. Troubles généraux de ménopause, vapeurs, etc.

Vin le 24 octobre. Le 6 novembre, les vapeurs et vertiges ont notablement diminué. La malade a observé cette amélioration pendant l'administration du vin. Ayant cessé de le prendre, elle a vu revenir tous les symptômes dès le deuxième jour.

Reprend le médicament.

Obs. XXIX. — 28 ans. Opérée d'ovaro-salpingectomie bilatérale abdominale en juillet 1891. Troubles de ménopause qui ont perduré depuis lors.

Vin le 26 septembre, pris régulièrement jusqu'au 14 nov. A cette date, depuis plus de quinze jours, plus aucun trouble de ménopause, ni vapeurs, ni insomnie, ni palpitations cardiaques. Etat général excellent. Cesse le vin.

Obs. XXX. — 20 ans. Opérée en mai 1894 d'ovaro-salpingectomie bilatérale pour kystes ovariens. Pendant plusieurs mois après l'opération, a vu revenir régulièrement la menstruation. Aménorrhée depuis un an, santé faible, très nerveuse.

Vin en août. Fin novembre, santé très bonne, appétit, sommeil très bon ; gaieté. Pertes blanches périodiques mensuelles. Pas de sang. Continue le vin.

Obs. XXXI. — 38 ans. Opérée en mai 1896 de castration vaginale totale pour sclérose utérine et annexielle.

Symptômes de ménopause. Nervosité exagérée. Insomnie.

Vin en octobre. Après quelques jours, amélioration très notable au point de vue nervosité. Mange mieux, sommeil.

Continue le médicament.

Obs. XXXII. — 38 ans, nullipare. En mars 1895, ovaro-salpingectomie bilatérale pour annexite kystique tuberculeuse.

Troubles généraux de ménopause, vapeurs, insomnies, etc.

Vin le 15 octobre. Le 5 novembre, nous écrit qu'elle a observé une grande amélioration dans les troubles généraux. Les vapeurs diminuent.

Continue de prendre le vin.

Obs. XXXIII. — 49 ans, IIpare. En juillet 1895, castration vaginale totale pour sclérose généralisée. Se plaint de chaleurs fréquentes, insomnies. Ténesme vésical intense. L'estomac est très mauvais.

Vin le 7 octobre. Le 11 novembre, le *ténesme vésical a presque totalement disparu*. Très peu de vapeurs. Digestion très bonne, appétit, sommeil calme.

Continue.

Obs. XXXIV. — 23 ans, nullipare. Castration vaginale totale pour annexite purulente bilatérale en juillet 1896. Troubles intenses de la ménopause.

Vin oophorine en septembre. Fin septembre, les troubles ont totalement disparu après le premier flacon.

Revue le 14 novembre, ne se plaint plus d'aucun malaise.

La malade n'a plus repris le vin.

Obs XXXV. — 26 ans, Ipare. Opérée d'hystéropexie vaginale pour retroversion douloureuse fin 1895. Cœliotomie explorative pour épiploïte en mai 1896. Personne d'un nervosisme exagéré. Fausses attaques d'hystérie fréquentes. Douleurs abdominales généralisées sans localisation bien précise. Douleurs menstruelles.

16 novembre. A pris le vin oophorine pendant trois semaines. Dit s'être portée mieux pendant ce laps de temps. Les règles ont encore été douloureuses, mais moins abondantes.

A cessé le médicament ; depuis lors, les douleurs et symptômes ont repris.

La malade recommence le vin.

Obs. XXXVI. — 27 ans, IIpare. Opérée de castration vaginale totale en juillet 1896 pour suppuration pelvienne bilatérale. Troubles de ménopause, insomnie, vapeurs, digestions mauvaises.

Fin octobre. Vin oophorine, 15 novembre. Les vapeurs ont presque disparu. Digestions bonnes. Les insomnies persistent.

Continue le traitement.

Nous tenons à publier ici quatorze observations que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Raulier.

| | | |
|---|---|---|
| 37 | 47 ans, a eu un enfant, entrée à l'asile le 2 août 1896, a commencé à prendre l'oophorine le 28. | Cette personne a eu des métrorrhagi abondantes qui l'ont considérablement affa blie. La nutrition est notablement altéré Elle a des idées lipémaniaques et est porté au suicide et à l'homicide. Elle est toujou sombre et taciturne. |
| 38 | 54 ans, a eu trois enfants. Entrée le 11 août 1896. Oophorine le 28. | Sa nutrition laisse beaucoup à désire Affaiblissement notable des facultés intelle tuelles. Apathique et anémique. |
| 39 | 55 ans, a eu trois enfants. Entrée le 14 août 1896. Oophorine le 28. | Nutrition très altérée. Anémie profonde. I cohérence dans le langage et les idées. L quacité très grande. Agitation continuelle. |
| 40 | 44 ans, a eu deux enfants. Entrée à l'asile le 23 juillet 1896. Oophorine le 28 août suivant. | Cette femme a eu des métrorrhagies tr abondantes. Anémie très profonde. Pencha au suicide. Légère excitation. Veut toujou s'enfuir. Insomnie. |
| 41 | 46 ans, a eu quatre enfants. Entrée à l'asile le 28 mai 1896. Oophorine le 28 août 1896. | Très anémique. Nutrition languissante. P fée à la tristesse. Est toujours très somb Tendance à tout exagérer. Prétend qu'on a jeté un sort et qu'on veut l'empoisonner. |
| 42 | 56 ans, a eu quatre enfants. Entrée à l'asile le 6 juin 1896. Oophorine le 28 août 1896. | Cette femme présente un état presque c chectique; elle porte d'ailleurs une tum cancéreuse du sein droit. Elle dit qu'elle mourir bientôt et gémit constamment. |
| 43 | 52 ans, célibataire, pas d'enfant. Entrée à l'asile le 18 juillet 1896. Oophorine le 28 août 1896. | Très anémique. Nutrition fortement altéré Ordinairement sombre et taciturne, devie quelquefois subitement très agitée. |
| 44 | 53 ans, a eu quatre enfants. Entrée à l'asile le 6 juillet 1895. Oophorine le 28 août 1896. | Cette personne présente de l'amnésie. Idé délirantes de persécution. Prétend que d voleurs ont pénétré chez elle pour enlever s argent. Est parfois violente et déchire ses v tements. Est gâteuse à certains moments. |
| 45 | 48 ans, célibataire, pas d'enfant. Entrée le 15 juin 1896. Oophorine le 28 août 1896. | Etat général très débilité. Croit qu'elle mourir. Mutisme. Idées lipémaniaques ave pleurs fréquents non motivés. |
| 46 | 47 ans, célibataire, pas d'enfant. Entrée le 12 février 1896. Oophorine le 18 septembre 1896. | Nature timorée, hésitante, scrupuleuse, sombre, très anémique. Délire mystique. |
| 47 | 53 ans, a eu trois enfants. Entrée le 15 septembre 1896. Oophorine le 18. | Ménopause. Dans ces derniers temps a eu des métrorrhagies abondantes. Depuis lors souffre de tous côtés. Vers minuit elle dit qu'il lui monte une fièvre et alors elle a des envies de se jeter dans un puits. Elle est parfois assez excitée. |
| 48 | 35 ans, célibataire, pas d'enfant. Entrée le 18 septembre 1896. Oophorine à partir de ce jour. | Règles suspendues depuis le mois de février dernier. Idées lipémaniaques. Insuffisance intellectuelle congénitale. Hypochondrie. Troubles de la sensibilité générale. |
| 49 | 51 ans, mariée, pas d'enfant. Entrée le 22 septembre 1896. Oophorine le lendemain. | Nutrition notablement altérée. Anémie profonde. Idées lipémaniaques persistantes. Parle en désespérée. Elle se frappe. Penchant au suicide. |
| 50 | 35 ans, mariée, deux enfants. Entrée le 26 août 1896. Oophorine le 13 octobre 1896. | Insomnie. Sombre et taciturne. Aux questions qu'on lui pose, elle répond invariablement la même chose; penchant au suicide. Aménorrhée depuis juillet dernier. |

| | |
|---|---|
| Mélancolie (Dyscrasique). | A la fin du mois de septembre, cette femme présentait une amélioration bien marquée dans son état général. Son état mental s'était légèrement modifié. Les métrorrhagies qui faisaient leur apparition à chaque période menstruelle n'ont plus reparu. Aujourd'hui sa situation est restée tout à fait stationnaire. |
| Démence. | Depuis la mi-septembre son état physique est beaucoup mieux. L'état mental n'est susceptible d'aucune amélioration, mais il reste stationnaire. |
| Manie chronique (Dyscrasique) | Etat général modifié, mais l'état mental jusqu'ici n'a pas changé. |
| Mélancolie (Dyscrasique). | Hémorrhagies utérines arrêtées après avoir pris l'oophorine pendant 15 jours à l'exclusion de tout autre traitement. Etat général meilleur ainsi que l'état mental. S'occupe maintenant avec goût de certains travaux. |
| Mélancolie (Dyscrasique). | Etat physique ne se modifie guère ainsi que l'état mental; s'entête à ne prendre son oophorine que très irrégulièrement. |
| Mélancolie (Dyscrasique). | L'état mental s'est légèrement modifiée. L'état physique s'est beaucoup amélioré. |
| Mélancolie (Dyscrasique). | Etat général amélioré, ainsi qu'état mental. N'est plus jamais agitée. |
| Mélancolie avec tendance à la démence. | Etat général s'est bien modifié. Situation mentale reste la même. |
| Mélancolie (Dyscrasique). | Après avoir pris pendant 15 jours l'oophorine cette malade est revenue en bonne humeur. Son état général s'est beaucoup amélioré. Elle s'est adonnée avec goût à certains travaux et le 12 septembre elle est sortie complètement guérie. |
| Mélancolie (Dyscrasique). | Son état physique va beaucoup mieux. Son état mental se modifie; il y a lieu d'espérer une guérison à bref délai. Depuis le commencement d'octobre l'amélioration s'est manifestée et persiste aujourd'hui. |
| Folie hypochondriaque. | Après avoir pris de l'oophorine pendant une quinzaine de jours, à l'exclusion de tout autre traitement, elle n'a plus eu d'hémorrhagie. Au bout de trois semaines, son état mental s'est amélioré au point que l'on peut espérer une guérison. |
| Imbécillité. | Quinze jours après son entrée les règles reviennent. Ses idées mélancoliques et hypochondriaques tendent à disparaître. |
| Mélancolie (Dyscrasique). | Etat mental stationnaire. Etat général meilleur. |
| Mélancolie. | Après 15 jours d'administration de l'oophorine, le caractère s'est notablement amélioré; aujourd'hui elle va beaucoup mieux; elle pourra bientôt sortir guérie. Oophorine prescrite à l'exclusion de tout autre traitement. Menstruation le 26 novembre. Grande amélioration dans l'état mental. |

Nous terminons par l'observation que vient de nous adresser M. le docteur Balteaux, de Wavre :

Observation LI. — Elisabeth X..., la mélancolique qui fait le sujet de cette observation, est âgée de 44 ans. C'est une brave fille, d'un tempérament lymphatique, servante très attachée à des maîtres qu'elle sert depuis vingt ans, et dont les antécédents héréditaires ne nous apprennent rien de particulier. Elle a toujours joui d'une bonne santé, a été réglée de bonne heure et n'a commencé à présenter des troubles mentaux qu'il y a un an, précisément au moment où la vie utérine subissait des modifications physiologiques. En effet, il y a un an, les premiers signes de la ménopause se montraient, consistant surtout en irrégularité et peu d'abondance des règles, et en symptômes subjectifs, propres à cette époque. La cause occasionnelle des troubles nerveux a été un vol commis chez ses maîtres, et dont la malade s'est crue injustement accusée. A la suite de ce vol, elle est devenue triste, pensive, se plaignant d'inappétence, de douleurs d'estomac, d'insomnies, de lassitude. Ces symptômes allant s'aggravant et persistant malgré tous les traitements, ses maîtres ont dû la renvoyer dans sa famille. Là, nouvelle aggravation. Délire continu, triste, uniforme. La malade ne pense qu'à la mort, veut quitter la maison, ne mange presque plus, ne dort pas ; elle a, par-ci par-là, la nuit surtout, quelques accès de délire violent, pendant lesquels elle crie, vocifère, ameute le ménage. C'est dans cet état qu'elle a été conduite à Evere, après quinze jours passés dans sa famille. Elle y reste deux bons mois. Ses parents sont convaincus que « les malades sont très mal soignés dans les maisons de santé » et ils la reprennent de nouveau chez eux.

Je la vois pour la première fois, à son retour d'Evere, il y a environ trois mois. Elle est toujours plus délirante que jamais, elle passe sa journée sur une chaise, le tronc immobile, balançant continuellement la tête, indifférente à ce qui se passe autour d'elle et causant sans répit, tristement, d'une façon inintelligible. Les nuits sont mauvaises, terribles même, l'agitation, les

cris, sont excessifs. Pendant près d'un mois, je lui fais prendre, d'abord du bromure inutilement, puis de l'opium, à dose élevée, 25, 30, et même 40 centigrammes d'extrait thébaïque, tout cela sans résultat. J'eus l'occasion, à cette époque, de m'entretenir de ce cas avec M. le professeur Jacobs, qui me conseille d'essayer l'oophorine. La malade prit le premier flacon il y a deux mois et demi environ. Après huit jours, les règles qui étaient disparues depuis trois ou quatre mois, reparurent, mais les symptômes psychiques n'étaient que légèrement améliorés. Ils se trouvèrent même considérablement aggravés après une visite intempestive faite à la malade par son ancien maître et à tel point que nous fûmes sur le point de ne plus continuer l'usage de l'oophorine. Sur mon conseil on fit cependant prendre à la malade un deuxième flacon, puis d'autres et aujourd'hui elle en a absorbé douze. Voici le résultat de ce traitement.

A partir du 3e flacon, une amélioration frappante et caractéristique s'est produite dans l'état mental du sujet. Cette amélioration s'est toujours et *régulièrement* accentuée depuis lors, et maintenant, si la malade n'est pas guérie, elle se trouve en tout cas dans une situation fort satisfaisante. En effet, elle est réglée régulièrement et sans douleur, elle mange bien, a des évacuations régulières, s'intéresse à ce qui se passe dans la maison, prend part aux travaux du ménage, s'habille seule, nettoie, écoute et répond passablement et, point important, a retrouvé le sommeil. Elle est encore abattue, triste, et dit encore souvent qu'elle voudrait mourir ; mais enfin, je le répète, son état actuel n'est plus à comparer à ce qu'il était il y a trois mois, avant l'emploi de l'oophorine, et il est permis d'espérer, en considérant que l'amélioration se produit depuis près de deux mois, d'une façon *régulière*, il est permis d'espérer, dis-je, en continuant le traitement qui a si bien réussi jusqu'à présent, une guérison prochaine.

Comme on le déduit de ces observations, nous avons essayé l'effet du vin oophorine dans diverses manifestations morbides ayant leur point initial dans l'appareil génital : les troubles de

la ménopause naturelle, de la ménopause opératoire, quelques cas de chloro-anémie, enfin des cas des troubles nerveux divers en rapport avec des désordres menstruels. Nos résultats ayant été tous contrôlés par nos assistants MM. les Drs Thiebaut, Godart, Devos, Borreman et Bonneville, ainsi que par les confrères qui suivent nos cliniques, nous pouvons affirmer :

1° Que les syptômes pénibles de la ménopause naturelle, les troubles climatériques, ont disparu ou se sont considérablement amendés par l'ingestion de l'extrait d'ovaire, sans aucune médication.

2° Les mêmes résultats ont été observés dans les troubles climatériques qui apparaissent après les opérations chirurgicales dont la résultante est la suppression du flux menstruel. Dans les deux catégories de malades, nous avons noté une amélioration notable d'un symptôme que l'on observe souvent : la vessie irritable, symptôme qui a fait l'objet d'un de nos entretiens cliniques précédents. Ce résultat favorable a été noté également par Muret. Il l'explique par l'hypothèse que l'envie d'uriner serait due à des congestions de la vessie analogues à celles de la tête dans les vapeurs de la ménopause.

3° L'amélioration rapide que l'on observe chez les chlorotiques, les dysménorrhéiques est constante.

4° L'influence de l'extrait d'ovaire sur les troubles psychiques qui accompagnent ou dérivent de lésions génitales est indéniable. Nous renvoyons le lecteur aux observations de l'espèce, recueillies par M. le Dr Raulier, directeur de la maison de santé de Mons, et M. le Dr Balteaux, de Wavre.

5° Nous avons observé chez toutes nos malades une amélioration très rapide et constante dans l'état général ; les voies digestives, dont le fonctionnement est si souvent troublé par les altérations de l'appareil génital, se rétablissent au bout de quelques jours. C'est même un des premiers résultats observés après l'ingestion de l'oophorine : l'appétit revient, les digestions se régularisent, ainsi que l'évacuation intestinale.

6° Les métrorrhagies de la ménopause sans lésions néoplasiques cèdent rapidement à l'ingestion de l'extrait d'ovaire.

7° L'action thérapeutique sur le système nerveux général est manifeste dès le premier jour.

Nous avons prescrit le vin oophorine à la dose de 20 gram. par jour, ce qui équivaut à 20 centigr. d'extrait d'ovaire.

Les résultats s'observent généralement dès le deuxième ou troisième jour.

Nous tenons, en terminant cette première relation, à remercier nos excellents confrères Raulier et Balteaux pour les intéressantes communications qu'ils nous ont confiées.

JACOBS.

---

# DE L'ASCITE DES JEUNES FILLES

Par G. BOUILLY,

Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien de l'hôpital Cochin (1).

—

Sous ce nom, Cruveilhier a décrit (2) une variété d'ascite se produisant à l'époque de la puberté ou dans les années qui suivent et l'a rangée dans les ascites *idiopathiques*. Dans cette affection, en effet, l'épanchement intra-péritonéal peut sembler constituer toute la maladie ; il apparaît souvent sans troubles prémonitoires et après un temps plus ou moins long pendant lequel il peut subir des variations dans sa quantité ou rester stationnaire ; il est capable de se résorber et de disparaître. Cette affection, que Cruveilhier dit avoir observée « assez fréquemment », ne semble guère avoir été remarquée par d'autres observateurs ; Besnier (3) paraît la mettre en doute et, en tout cas, réclame de nouvelles observations pour établir cette interprétation sur des preuves acceptables.

En 1893 (4), me fondant sur un certain nombre de cas traités par la laparotomie et dans lesquels l'opération me permit de

(1) *La Semaine gynécologique*, 22 décembre 1896.
(2) Anatomie pathologique générale, t. IV, p. 60.
(3) Besnier, Art. *Ascite*, Dict. Encycop. des Sciences Médic., t. VI.
(4) *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1893, p. 548.

reconnaître et de traiter les lésions, j'ai développé cette idée avec preuves à l'appui, que cette variété d'ascite observée chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes doit être rapportée à la tuberculose des trompes et des ovaires et consécutivement du péritoine. J'ai pu constater directement que cette ascite était symptomatique d'une tuberculose génitale, d'une véritable *tuberculose locale* des organes génitaux profonds, plus ou moins propagée au péritoine, suivant l'intensité et l'ancienneté des lésions. Depuis cette époque, j'ai fait plusieurs opérations qui n'ont fait que confirmer cette opinion et dans lesquelles, en coïncidence avec l'ascite et en l'absence même de phénomènes péri-utérins, j'ai trouvé une tuberculose plus ou moins avancée des trompes et du péritoine.

Si l'on examine les lésions de près, on ne peut se défendre de l'idée que la tuberculose a d'abord envahi la trompe ; les lésions y sont portées à leur maximum et y paraissent plus anciennes qu'en tout autre point ; la cavité tubaire est remplie de pus ou de magma caséeux ; ses parois sont infiltrées de granulations ou de petits foyers ramollis ; le péritoine péri-salpingé est farci de granulations tuberculeuses à un degré moins avancé. Même semis de granulations sur l'ovaire, sur les ailerons du ligament large, sur l'utérus et le péritoine pelvien. Mais l'abondance est toujours plus considérable sur les annexes qu'en tout autre point et les granulations y sont véritablement confluentes. Quel que soit le mode d'entrée de la tuberculose, voie sanguine ou voie lymphatique, c'est sur les organes génitaux que semble s'être concentré et surtout localisé tout l'effort de l'envahissement tuberculeux. Je n'entre dans aucun détail sur les lésions anatomiques bien connues de la tuberculose des trompes ou des ovaires, sur les adhérences qui relient les organes entre eux, dévient et fixent les ovaires ou les trompes, agglutinent les anses intestinales entre elles ou avec les organes du voisinage. Je ferai seulement remarquer que la trompe tuberculeuse, renfermant dans sa cavité un contenu purulent ou un magma caséeux, n'acquiert jamais un volume très considérable, ne dépasse guère les dimensions d'un doigt, d'un pouce et n'acquiert jamais les proportions

de quelques volumineux pyo-salpinx d'origine gonorrhéique ou puerpérale.

Il est plus intéressant de suivre, à partir des annexes, les progrès de l'envahissement tuberculeux vers les divers points de la cavité abdominale. Dans un premier type, le moins avancé, les trompes, les ovaires et le péritoine qui forme leur enveloppe séreuse, sont seuls ou à peu près infiltrés et recouverts de granulations tuberculeuses. A un degré plus avancé, aux lésions tuberculeuses de la trompe et de l'ovaire, s'ajoutent celles de l'utérus, des ligaments larges, du péritoine pelvien, des anses intestinales qui plongent dans le cul-de-sac recto-utérin. L'utérus, en particulier peut être farci de granulations dans son revêtement péritonéal. Dans un troisième degré, le péritoine pariétal sous-ombilical, les anses intestinales situées au-dessous et jusqu'au niveau de l'ombilic, sont recouverts d'un semis tuberculeux. Enfin, à un degré plus avancé qui représente le summum des lésions, toute la cavité abdominale, contenant et contenu, est parsemée de granulations tuberculeuses, avec cette particularité importante pour notre cause que les lésions sont toujours les plus anciennes et les plus avancées sur les organes génitaux et dans le petit bassin.

La présence et la quantité de l'ascite ne sont pas en rapport avec l'abondance et l'étendue de l'envahissement tuberculeux du péritoine ; on peut constater un épanchement intra-péritonéal abondant avec une tuberculose encore localisée aux trompes, aux ovaires et au péritoine voisin ; c'est même, d'après mes observations, dans cette forme de tuberculose limitée aux annexes et au petit bassin, que l'on rencontre les ascites les mieux caractérisées et les plus abondantes ; c'est à cette forme de lésion que correspond en général la maladie décrite par Cruvelhier sous le nom « d'Ascite des jeunes filles », sans que cet éminent auteur ait eu l'idée et l'occasion de rattacher cette production de liquide à sa cause véritable.

Dans les cas, au contraire, où toute la cavité péritonéale est envahie par le processus tuberculeux, le plus souvent l'ascite fait défaut ; la cavité péritonéale n'existe plus, à proprement

parler, comblée par les adhérences qui agglutinent les anses intestinales entre elles et avec la paroi abdominale ; en outre, le péritoine infiltré de granulations confluentes semble avoir perdu sa propriété de sécrétion et d'exsudation liquides.

Nous ne voulons nullement nous occuper ici de cette forme *sèche* de la péritonite tuberculeuse, dont l'évolution clinique et la physionomie diffèrent totalement de la tuberculose localisée aux annexes et au petit bassin, et s'accompagnant d'ascite ; je n'ai en vue que cette forme particulière, forme *ascitique*, à évolution froide et lente, pouvant se développer presqu'au milieu des apparences de la santé et sans apporter pendant longtemps beaucoup de changement à la vie ordinaire. Cette forme est caractérisée cliniquement par le développement et la présence d'un épanchement intra-péritonéal ayant la plupart des caractères généraux de l'ascite ; anatomiquement, par la tuberculose des annexes et un envahissement tuberculeux propagé plus ou moins au péritoine voisin. L'épanchement abdominal est facile à constater, sinon à reconnaître dans sa nature et dans son siège ; les lésions génitales peuvent passer tout à fait inaperçues.

Le type clinique est presque toujours le même et ne diffère guère d'un sujet à l'autre ; il s'agit de jeunes filles ou de jeunes femmes, dont l'âge s'étend de 13 ou 14 ans jusqu'à 28 ou 30 ans, limite déjà reculée ; le maximum de fréquence paraît être entre 16 et 24 ans ; en général, les sujets sont vierges ou nullipares. Le plus souvent, sans douleurs ou après quelques crises douloureuses à répétition siégeant plus spécialement dans l'un des côtés du bas-ventre, l'abdomen augmente de volume d'une façon insensible et en plusieurs mois. Le développement de l'abdomen reste en général dans des limites moyennes ; la quantité de liquide ne dépasse guère 4 à 8 litres et n'atteint pas ordinairement les grandes proportions des ascites vulgaires ; la circonférence abdominale peut en outre être augmentée par une distension gazeuse plus ou moins grande. La malade pâlit, s'anémie, se décolore, peut présenter une légère bouffissure de la face, en même temps qu'elle s'amaigrit et semble frappée dans sa nutrition générale ; cependant, le plus souvent, elle n'est pas arrêtée

et elle ne vient guère demander avis que préoccupée par le développement exagéré de l'abdomen. Chez presque toutes, depuis un temps plus ou moins long, les règles sont supprimées ; il y a une véritable aménorrhée ; cette suppression n'est pas fatale, mais elle m'a paru très fréquente.

Le ventre volumineux, contenant du liquide d'une façon manifeste, est loin de présenter le plus souvent les caractères ordinaires de l'ascite ; il n'est pas en général aplati vers le milieu et élargi au niveau des flancs ; plus souvent, il est saillant en avant, déprimé sur les parties latérales, comme dans un kyste de l'ovaire. De fait l'erreur est facile à commettre et a été commise bon nombre de fois. Aussi, est-il intéressant de montrer les difficultés du diagnostic précis du siège de la collection liquide, et ce diagnostic entre l'ascite tuberculeuse et le kyste de l'ovaire n'est-il pas un des points les moins curieux de cette histoire ?

L'intestin adhérent et fixé dans le bassin ne peut affecter avec le liquide les rapports ordinaires constatés dans l'ascite vraie ; et les signes fournis par l'examen direct subissent de ce fait des modifications embarrassantes. En dépit de la présence incontestable du liquide, la sonorité à la percussion peut exister dans l'un des flancs ; la région ombilicale et péri-ombilicale peut être mate sans présenter la sonorité ordinaire fournie par la masse intestinale surnageant le liquide. Les divers changements de position imprimés à la malade, le décubitus latéral ne donnent pas les modifications ordinaires de matité et de sonorité dus au déplacement du liquide et de l'intestin. Le toucher vaginal ne permet pas de reconnaître de saillie liquide dans les culs-de-sac vaginaux, ni de ballottement utérin dans une masse fluide, pour la bonne raison que dans la plupart des cas les culs-de-sac sont comblés et l'utérus est fixé. En un mot, au lieu d'observer les caractères d'un liquide libre dans la cavité péritonéale, on a plutôt la notion d'une collection incluse et enkystée et dans nombre des cas l'hésitation est grande et légitime entre un kyste de l'ovaire et un épanchement intra-péritonéal d'aspect particulier. La difficulté est encore accrue par la résistance de la paroi abdominale instinctivement contractée sous la main qui explore et

dont la solidité n'a pas été mise à l'épreuve par des grossesses antérieures.

Certains détails de l'examen peuvent utilement servir pour le diagnostic et doivent être tenus en considération ; dans cette forme d'ascite tuberculeuse, la quantité du liquide n'est pas toujours la même suivant les périodes où l'examen est pratiqué. La malade elle-même a conscience des variations de volume de son abdomen et l'examen fait à quelques jours d'intervalle peut faire constater dans les signes des différences et des variations qui ne peuvent être liées qu'à la diminution ou à l'accroissement de la quantité du liquide péritonéal. Pareil changement ne s'observe pas dans un kyste de l'ovaire.

A la palpation, la tuméfaction liquide est mal limitée ; elle fuit pour ainsi dire sous la main qui explore, n'offre pas de contours bien nets ; elle ne semble pas être localisée, mais elle est plutôt diffuse et étalée. A moins d'une collection volumineuse et tendue, la fluctuation peut rester douteuse et vague. A volume égal de l'abdomen, un kyste, sans parties solides, serait franchement et nettement fluctuant.

Si l'on fait asseoir la malade dans son lit, on peut, dans l'ascite, voir la paroi abdominale refoulée en avant faire saillie au niveau des muscles droits qui cèdent sous la pression intérieure du liquide et font poche en avant. Dans le kyste, la paroi abdominale peut être refoulée en totalité quand la malade se redresse dans son lit, mais elle ne cède pas spécialement au niveau des grands droits. Ce signe du refoulement des droits perd de sa valeur chez les jeunes sujets où l'ascite est en général de volume médiocre et chez qui les muscles de la paroi ont conservé leur tonicité.

L'âge des malades, les troubles de la santé générale, l'aménorrhée, le commémoratif de quelques poussées douloureuses et parfois fébriles ayant précédé ou accompagné le développement du ventre et la production du liquide, doivent être considérés comme des éléments importants de diagnostic en faveur de l'ascite d'origine annexielle tuberculeuse.

En général la palpation est peu douloureuse ; dans quelques

cas seulement, elle réveille de la douleur dans les parties latérales, sur les bords de l'utérus, dans la région des annexes. Le toucher vaginal ne fournit d'ordinaire aucun renseignement ; combiné au palper, il peut faire sentir, sur les côtés et en arrière de l'utérus, des indurations et des tuméfactions, dont la présence est d'une haute valeur pour le diagnostic et permet de rattacher l'épanchement péritonéal aux lésions annexielles. Mais, je me hâte d'ajouter que ces signes péri-utérins peuvent faire défaut et que leur constatation n'est pas indispensable pour affirmer le diagnostic d'ascite symptomatique d'une invasion tuberculeuse annexielle et péritonéale. Le siège élevé des lésions tubaires et la présence du liquide ne permettent pas toujours de constater ces lésions ; mais dans tous les cas d'ascité de cet ordre que j'ai traités par la laparotomie, je ne les ai jamais vues faire défaut.

Je ne saurais indiquer d'une façon absolue la marche de cette affection abandonnée à elle-même ; dans deux cas, j'ai vu le liquide se résorber spontanément sous l'influence d'un traitement médical général et de révulsions longtemps prolongées sur la paroi abdominale ; une fois après une simple ponction, le liquide ne se reproduisit plus, mais la malade continua à souffrir et dut subir quelques années plus tard une laparotomie qui permit de retirer une volumineuse trompe remplie de pus tuberculeux et recouverte à sa surface de granulations. Dans tous les autres cas, je suis intervenu et je me propose, dans un prochain article, de m'occuper du traitement chirurgical de cette affection et de ses résultats.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 8 décembre.*

### LA TORSION DU PÉDICULE DES FIBROMES UTÉRINS SOUS-PÉRITONÉAUX.

M. Schwartz rapporte un fait très intéressant de torsion pédiculaire d'un de ces fibromes ayant déterminé des accidents de péri-

tonite subaiguë, des adhérences intestinales, une transformation mollaire du fibrome avec dilatation vasculaire, œdème interstitiel, noyaux d'infection. L'ablation par la laparotomie fit cesser tous les accidents et fut suivie d'une guérison complète. Les observations de ce genre sont beaucoup moins fréquentes que pour les kystes de l'ovaire. Le début peut être brusque ou lent. Un certain nombre de faits analogues ont été observés par Cappie, Fritsch, Günther, Küstner, etc. Mais, dans la plupart des cas, c'est l'utérus lui-même qui s'est tordu sur son axe, et non le pédicule de la tumeur utérine. (*Progrès méd.*)

---

## SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

*Séance du* 10 *décembre* 1896.

### ACTION DU SENEÇON.

M. Bardet, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, rappelle les contradictions qu'on relève entre les conclusions de M. Heim et Dalché et les siennes, au sujet de l'action du seneçon sur les fonctions menstruelles. Un autre auteur, M. Deguy, ne reconnaît aucune action au seneçon. Peut-être, en dehors des différences de dosage, y a-t-il lieu de supposer que les produits mis en expérience provenaient de sources différentes.

M. Blondel a eu l'occasion de se servir du seneçon chez une malade atteinte de dysménorrhée membraneuse, peu douloureuse, et n'ayant ses règles que tous les deux mois. Le seneçon, donné quotidiennement, en commençant huit jours avant l'époque des règles, dans un mois ne présentant pas de flux cataménial, provoqua des règles abondantes, sans fausses membranes.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du* 12 *novembre.*

### DES INDICATIONS DES TIGES INTRA-UTÉRINES.

M. Pichevin rappelle que Moeller (1803), Osiander (1808), Amussat (1826), Velpeau (1830), Simpson (1848), Valleix et Kiwich, à peu près à la même époque, se sont servis de pessaires intra-utérins. Lion en a construit de toutes dimensions, de toutes formes ;

l'on s'est servi du caoutchouc, de l'acier, de l'ivoire, de métaux divers.

Dans la majorité des cas, on a appliqué ces instruments pour remédier à la dysménorrhée ou à la stérilité accompagnées d'antéflexion. Mais il est difficile de fixer le degré d'antéflexion normale. Au dessous de 135°, l'angle n'est pas physiologique, d'après Wylie. Fritsch a baissé ce chiffre à 90° et Schultze à 48°. De plus, l'angle de flexion peut être très aigu, sans qu'il y ait aucun symptôme. Il ne faut donc pas identifier la situation non physiologique, anormale de l'utérus, avec l'état morbide.

Pourquoi des flexions peu marquées sont-elles accompagnées de dysménorrhée et de stérilité ? C'est que dans la dysménorrhée, l'élément douleur est sous la dépendance de l'endométrite, surtout, et accessoirement d'un état phlegmasique des organes et des tissus situés autour de l'utérus. Quant à la stérilité, ces causes sont multiples et variables (aplasie des organes génitaux, etc.), mais souvent elle est due, non pas tant à la flexion qu'à l'endométrite (chute de l'épithélium vibratile qui est remplacé par l'épithélium plat, lésions glandulaires, altérations des sécrétions utérines, etc.). Dans le traitement, l'*acte fondamental* doit avoir pour objectif la modification à imprimer aux tissus utérins ; l'acte *complémentaire* aura pour but de maintenir le redressement utérin. Il y aura donc lieu de faire un thérapeutique intra-utérine, d'assurer la rénovation de la muqueuse, de pratiquer ici une stomatoplastie, là une amputation du col. D'autre part, on s'opposera aux troubles de canalisation, à l'aide des tiges.

*Indications* : Rétrécissements cicatriciels du canal cervico-utérin ; stérilité et dysménorrhée avec orifice interne douloureux et antéflexion marquée. *Contre-indications* : Dysménorrhée avec canal utérin normal ; métrite aiguë ou subaiguë et paramétrite ; inflammation annexielle récente, enfin grossesse.

On obtiendra des succès, si l'on n'oublie pas certains préceptes : 1° ne jamais les employer en cas d'endométrite aiguë ou subaiguë, ou d'inflammation récente péri-utérine ; 2° la tige doit être plus courte que la cavité utérine et ne pas dépasser l'orifice externe ; 3° ne se servir que d'instruments aseptiques, lisses, sans ressorts, se fixant au col ; 4° mettre la tige au domicile de la malade et après anesthésie ; 5° repos au lit et éviter tout effort pendant quelques jours ; 6° surveiller la malade qui porte une tige intra-

utérine, car, comme Goodel l'écrivait avec humour : « Ces instruments sont bons, très bons... à être surveillés. »

M. Charpentier fait remarquer qu'en dehors des affections utérines la stérilité est due cinq fois sur dix à ce fait que certaines femmes ne conservent pas dans le vagin le liquide fécondant qui y a été déposé.

On peut, dans ce cas, conseiller l'emploi d'un petit tampon d'ouate introduit à l'entrée du vagin aussitôt après le coït.

Il a employé avec beaucoup de succès les tiges intra-utérines.

---

ANGIO-SCLÉROSE ET MÉTRORRHAGIES REBELLES.

La pathogénie des métrorrhagies n'est pas encore complètetement élucidée. Pendant longtemps on ne s'est attaché qu'aux lésions de la muqueuse et depuis peu on commence à entrevoir les lésions du parenchyme. Dans un cas où M. Paul Petit dut faire une hystérectomie après avoir essayé en vain plusieurs curettages, on trouva à l'examen histologique : 1° du côté de la muqueuse, prolifération, accentuée des glandes dont l'épithélium est d'aspect normal ; ectasies capillaires et suffusions hémorrhagiques exactement limitées aux couches les plus superficielles ; 2° du côté des muscles, noyaux glandulaires très profonds, sclérose avec raréfaction très accentuée du tissu musculaire, oblitération ou rétrécissement des lumières vasculaires ; 3° atrophie scléreuse des trompes ; 4° sclérose moins avancée des ovaires.

---

TUMEUR CŒCALE PRISE POUR UNE ANNEXITE DROITE.

M. Delassus (de Lille) relate sur ce sujet l'intéressante observation que voici : Chez une femme, qui souffrait du ventre depuis un certain temps, et chez laquelle on sentait dans le cul-de-sac droit une tumeur mobile, grosse comme un œuf, douloureuse, simulant une salpingite avec mauvais état général et constipation opiniâtre, on trouva au cours de la laparotomie un néoplasme du cœcum qu'il fut impossible d'opérer. La malade mourut quelques mois plus tard.

Le passé gynécologique de cette femme, qui avait, quelques mois auparavant, subi un curettage pour métrite, la latéralité de la lésion, sa sensibilité, son évolution lente avec le cortège du syn-

drôme utérin, tout confirmait le diagnostic de collection tubaire, qui avait été porté par les différents médecins qui avaient examiné la malade.

---

DE L'HISTOTHÉRAPIE APPLIQUÉE AUX MALADIES ET AUX TROUBLES FONCTIONNELS DU SYSTÈME GÉNITAL FÉMININ, ET PARTICULIÈREMENT DE LA MÉDICATION PAR LE TISSUS OVARIEN.

La médication thyroïdienne dans les affections utérines a été étudiée et exposée d'abord par le Dr Jouin, ensuite par le Dr d'Hertoghe, d'Anvers.

La médication ovarienne indiquée par Brown-Séquard a été, depuis lors, l'objet de nombreux travaux, et particulièrement d'une thèse de Lissac, des mémoires de Jayle et de Touvenaint.

La médication par le suc ovarien convient aux états caractérisés à la fois par l'insuffisance du fonctionnement ovarien et par l'exagération du travail de la thyroïde ou simplement par l'un des deux éléments, comme on en observe, par exemple, après la castration, au moment de la ménopause, et dans certains cas d'atrophie génitale acquise ou spontanée.

La médication thyroïdienne convient, au contraire, aux états dus à l'hypothyroïdation ou à l'exagération des fonctions ovariennes ou à ces deux causes réunies. Les hémorrhagies utérines, par exemple, et les fibromes relèvent de cette médication. Elle est bien réellement efficace, car elle supprime parfois les règles chez les femmes obèses. L'auteur a même vu la suppression brusque des règles et une hématocèle péri-utérine suivre l'emploi inconsidéré de tablettes administrées à doses massives et au moment d'une hémorrhagie. Aussi en déconseille-t-il absolument l'usage pendant la menstruation.

(*Courrier méd.*)

---

## SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX.

*Séance du* 1er *juin* 1896.

TUMEUR VASCULAIRE DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU VAGIN.

M. Gibert. — Malade de vingt-six ans, domestique, enceinte de six mois. Il y a un mois et demi, fut prise d'une hémorrhagie

ayant son siège dans le vagin. Ce phénomène se renouvela à plusieurs reprises et la malade s'aperçut par hasard qu'elle avait, au niveau de l'orifice vaginal, une tumeur de la grosseur d'une noix, d'où paraissait provenir l'hémorrhagie. Elle entra alors à l'hôpital.

A l'examen, on trouve une tumeur violacée, de la grosseur d'une noisette, dont le doigt fait facilement le tour et siégeant sur la paroi vaginale antérieure, à laquelle elle est reliée par une portion un peu rétrécie et allongée dans le sens de l'axe du vagin. Celui-ci est le siège d'une vascularisation veineuse anormale.

Cette tumeur est très réductible par la pression. Elle se gonfle sous l'influence des efforts. On n'y sent pas de battements artériels.

L'urèthre est absolument indépendant du néoplasme.

La malade n'avait jamais souffert avant sa grossesse et n'en soupçonnait même pas l'existence.

Nous nous proposons de compléter son observation après l'accouchement.

M. Boursier pense qu'il s'agit bien là d'une tumeur érectile du vagin : elle devait préexister préalablement à la grossesse, mais peu volumineuse, ce qui fait qu'elle était passée inaperçue. La gêne circulatoire apportée par la grossesse explique bien le grand développement qu'elle a acquis rapidement. C'est là un fait extrêmement rare.

---

## SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

*Séance du 9 novembre 1896.*

### FIBROME UTÉRIN AYANT DONNÉ LIEU A DES SYMPTOMES DE GROSSESSE.

M. Texier.— J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Anatomie un fibrome utérin enlevé par M. le Dr Courtin sur une malade du service de M. le professeur Boursier, qu'il suppléait. J'ai voulu montrer cette pièce, non point à cause de ses caractères anatomiques qui n'ont rien de particulier, mais pour signaler l'existence de symptômes assez curieux qui ont accompagné son début et son développement.

Cette tumeur s'est accompagnée, en effet, de plusieurs symptômes de grossesse et la malade est entrée le 18 juin 1896 dans le

service de M. le professeur Boursier, disant qu'elle était enceinte de huit mois. Voici son histoire : elle est âgée de trente-six ans ; à vingt-deux ans elle a eu un enfant. Son affection remonte à huit mois. A cette époque, elle a ressenti plusieurs phénomènes lui rappelant sa grossesse antérieure ; c'étaient des troubles digestifs divers : appétit bizarre et irrégulier, digestions pénibles, vomissements avec tendance marquée à la syncope, en même temps que les seins douloureux augmentaient de volume. Pendant tout ce temps, les règles persistèrent, revenant même deux fois par mois ; un médecin, appelé auprès de cette malade, crut à une grossesse au début. Deux mois après le début de ces accidents, la malade, qui s'était penchée en avant pour ramasser un objet à terre, ressentit une sensation de déchirement dans le bas-ventre, ne put se redresser et dut être rapportée dans son lit. Le même médecin qui avait déjà soigné la malade, dit que l'œuf s'était déplacé et prescrivit du repos au lit, des cataplasmes et quelques potions. Un mieux se produisit rapidement. Entre le quatrième et le cinquième mois de cette prétendue grossesse, la malade commença à ressentir quelque chose qui lui rappelait très exactement les mouvements actifs du fœtus lors de sa première grossesse ; elle sentait les petits pieds venant frapper les parois utérines et cela à des endroits variables, et le fœtus se déplaçait suivant qu'elle se couchait à droite ou à gauche. Le sein gauche, le seul qui ait allaité après la première grossesse, a augmenté de volume progressivement et on put en faire sortir quelques gouttes de lait. Le ventre a augmenté constamment de volume. Les règles, cependant, sont restées normales, et même pendant les trois premiers mois, elles revenaient deux fois par mois.

L'examen pratiqué alors, sans permettre de porter un diagnostic ferme, autorisa cependant à écarter celui de grossesse de huit mois qu'avait porté la malade. Le ventre était un peu globuleux ; ses parois très épaisses et, à la palpation, on sentait derrière elles une tuméfaction assez difficile à délimiter nettement sur les côtés et remontant jusqu'à l'ombilic. Au toucher, on trouvait le corps utérin couché en avant, le long de la paroi antérieure du vagin, surmonté par une tumeur dure, immobile, irrégulière, emplissant les culs-de-sac vaginaux. La pression était douloureuse sur les parties latérales ; ces signes permettaient d'éliminer le diagnostic de grossesse ; on pensa à un fibrome, ce qui se

vérifia peu à peu; par le repos imposé à la malade, troubles digestifs, battements, mouvements du fœtus, douleurs disparurent ; la tumeur fut plus facile à palper ; l'hystérométrie put être pratiquée sous le chloroforme et donna douze centimètres. Il n'y avait plus dès lors à douter, il s'agissait là d'un fibrome utérin, qui fut enlevé le 8 septembre par M. le Dr Courtin. Pendant le long séjour fait par la malade à l'hôpital avant l'hystérectomie abdominale, elle sortit deux fois ; lap remière fois pendant quelques heures, la seconde pendant deux ou trois jours ; et après chaque sortie, les troubles douloureux, les battements et les mouvements, la galactorrhée, qui avaient disparu complètement, reparurent immédiatement sous l'influence de la marche et de la fatigue, pour disparaître de nouveau après un peu de repos. Depuis l'ablation de la tumeur, ces troubles ont disparu, bien que la malade se lève et marche beaucoup.

Les troubles simulant une grossesse au cours du fibrome utérin sont rares et les classiques, Traités de chirurgie, les articles des divers dictionnaires n'en font point mention ; aussi avons-nous cru qu'il serait intéressant de vous les signaler. Quelle est leur pathogénie ? C'est ce que nous ignorons. Signalons seulement que la malade ne désirait nullement être enceinte, fait que l'on rencontre souvent dans les fausses grossesses.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE

*Séance du* 10 *décembre.*

### DILATATEURS ET DILATATION DE L'UTÉRUS.

M. Lucas.— On sait combien la provocation de l'accouchement est parfois difficile. Les accoucheurs ont imaginé des instruments qui réussissent dans la plupart des cas. Certains utérus sont insensibles et résistent à toutes les excitations. Nous avons observé des cas ou la bougie de Krause, les ballons de Champetier et de Boissard, l'écarteur de Tarnier, n'avaient donné aucun résultat. C'est pourquoi nous avons imaginé cet instrument, que nous présentons à la Société. Ce ballon rappelle par sa forme celui de Barnes, mais il est beaucoup plus volumineux. Sa paroi est inextensible. Pour le remplir nous nous servons d'un irrigateur qui doit faire pénétrer le liquide très lentement. On arrive ainsi à

produire une force de quinze kilogrammes sur les parois internes du col. Nous n'avons pas pu expérimenter ce ballon sur les parturientes, mais nous espérons que la pratique répondra à la théorie.

M. Labusquière. — Je suis de l'avis de Pajot et je crois que certains utérus résisteront à tous les procédés de dilatation. Il est donc probable que ce ballon échouera dans certains cas.

M. Maygrier. — Cet instrument pourra, je crois, rendre des services dans les cas pressés, où l'on veut aller vite, car c'est plutôt un dilatateur qu'un agent pour provoquer l'accouchement prématuré.

M. Budin. — Cette question des ballons est des plus importantes et j'ai l'intention de publier prochainement des observations qui tendent à prouver que leur emploi n'est pas toujours inoffensif. Ces instruments ont d'abord l'inconvénient de repousser la tête et d'amener des présentations vicieuses. De plus, les ballons dilatent bien l'orifice interne, le segment inférieur même, mais ils n'ont aucune action sur les anneaux de Bandl. C'est pourquoi l'accoucheur s'expose à de graves complications s'il intervient trop tôt. On croit la dilatation complète et l'anneau de contraction met un obstacle invincible à la sortie de la tête. Certaines coupes, faites sur des femmes congelées, démontrent absolument ce que je viens d'exposer.

---

### INJECTIONS DE SÉRUM DANS LES HÉMORRHAGIES POST-PARTUM.

M. Ollivier. — On a beaucoup écrit ces derniers temps sur le traitement des hémorrhagies par les injections de sérum artificiel. Les accoucheurs ne sont pas restés en arrière et dernièrement encore M. Maygrier, publiait un cas de véritable résurrection dû à une injection massive d'eau salée dans les veines. Le sérum agit de deux façons : 1° en remplaçant la quantité de liquide perdue par l'organisme ; 2° comme hémostatique (expériences de Hayem-Audebert). On peut injecter le liquide dans les veines ou dans le tissu cellulaire, mais on doit en faire pénétrer une certaine quantité sans crainte d'accidents. Dans les cas d'hémorrhagie foudroyante on doit aller vite, sous peine de voir la femme succomber entre les mains du médecin.

Il est donc bon que l'accoucheur soit outillé contre les hémorrha-

gies possibles. C'est pourquoi j'ai fait construire un appareil qui contient l'instrumentation nécessaire pour injecter un litre de sérum stérilisé.

M. Nitot. — Je crois qu'il n'est pas utile de compliquer la trousse de l'accoucheur d'un nouvel instrument. Un simple entonnoir muni d'un tube de caoutchouc suffit. En y ajoutant une aiguille de l'aspirateur Potain on a un appareil suffisant dont on peut faire bouillir toutes les parties.

M. Charpentier. — La voie sous-cutanée suffit dans tous les cas. On sait, en effet, que les injections intra-veineuses peuvent devenir dangereuses. Ce n'est que dans les cas *in extremis* qu'on sera autorisé à injecter dans la veine ; du reste, souvent une très petite quantité de liquide suffit pour relever l'état général.

M. Maygrier. — Je ne conseille la voie veineuse que dans les cas désespérés où il faut agir rapidement. J'ai ainsi pu injecter six litres en vingt-quatre heures chez une malade considérée comme morte ; elle a parfaitement guéri.

M. Loviot. — On peut employer également les injections de sérum dans les cas de placenta prævia pendant la grossesse. On peut ainsi permettre à l'enfant de se développer et d'approcher de l'époque du terme.

M. Budin. — J'emploie aussi depuis longtemps la voie rectale qui a l'avantage de pouvoir absorber un liquide non stérilisé.

---

DÉSINFECTION DE L'UTÉRUS.

M. Nitot présente à la Société une *curette géante* pour l'évacuation du contenu de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement. Cette curette, étant donné son volume, ne peut perforer l'utérus.

M. Budin. — Il y a déjà plusieurs années que je me suis fait une opinion sur la conduite à tenir dans les cas de rétention placentaire ou d'infection utérine. Je fais le nettoyage et non le curettage. Je commence par débarrasser le contenu de l'utérus avec les doigts, la femme étant endormie, puis je nettoie fortement avec de gros écouvillons. Depuis que j'emploie cette méthode j'ai toujours pu nettoyer à fond la cavité utérine. Dans un seul cas, j'ai dû employer la curette, mais cette curette était

guidée par le doigt, ce qui m'a permis de nettoyer sans danger le point où il restait un débris de cotylédon.

M. Charpentier. — Je ne suis pas de l'avis de M. Budin et je préfère la curette. Je crois qu'elle n'est pas dangereuse et je gratte jusqu'à ce que j'entende le cri utérin.

M. Budin. — On n'entend jamais le cri utérin dans les cas d'infection de l'utérus. L'organe est parfois tellement friable que le doigt seul pourrait perforer l'utérus. Je crois donc que la curette est dangereuse et je préfère le nettoyage digital suivi de l'écouvillonnage.

---

MONSTRE DOUBLE.

M. Dujon présente un monstre double provenant d'une brebis. Les deux fœtus sont accolés par leur thorax. Il n'existe qu'une seule tête. A l'examen anatomique tous les organes sont doubles, sauf l'estomac et la partie supérieure de l'intestin grêle. Le crâne est absolument normal, maison trouve en arrière, au-dessous du cervelet, une cavité kystique représentant probablement le vestige de la seconde tête. Cette cavité communique du reste avec le pharynx unique.

(*Bulletin Médical.*)

---

# REVUE DE LA PRESSE

## UN CAS D'INVERSION UTÉRINE COMPLÈTE,

Par le Dr Simon Fredericq, agrégé spécial à l'Université de Gand.

Les cas d'inversion utérine complète ou retournement de l'utérus (Guillemeau) sont suffisamment rares pour que nous nous croyions autorisé à publier celui que nous avons eu l'occasion d'observer dans notre service hospitalier. En effet pour Ribemont-Dessaignes et Lepage on compterait un cas sur 180,000 à 200,000 accouchements, proportion exagérée évidemment. Porak en rencontra deux cas sur 20,000 accouchements, et pour Nejolow la proportion serait de un pour 14,000.

Voici en quelques mots l'observation dont il s'agit :

La nommée M... (Marie), entre à l'hôpital le 22 mars 1896. Agée de 24 ans, antécédents morbides nuls, réglée à 17 ans, facilement, régulièrement, a accouché pour la troisième fois huit jours avant son

entrée à l'hôpital ; les deux accouchements antérieurs se sont passés normalement ; son dernier accouchement a commencé à 5 heures du matin et s'est terminé au bout d'une heure. Un quart d'heure après l'expulsion de l'enfant, la garde-couches s'est mise à « appuyer sur le ventre et à tirer sur le cordon » pour faire venir l'arrière-faix, ce qui réussit rapidement, en même temps qu'une hémorrhagie se produisit accompagnée de vomissements. Cette hémorrhagie dura pendant une heure et les vomissements pendant deux jours. Un médecin venu le soir du jour de l'accouchement, prescrit un médicament sans examiner la femme. Le cinquième jour de ses couches, elle s'aperçoit par hasard de la tumeur qui fait saillie à la vulve et l'on se décide à l'envoyer à l'hôpital.

A l'examen gynécologique effectué le surlendemain de son entrée, donc dix jours après l'accouchement, on peut très facilement limiter l'insertion placentaire qui se trouve située sur la face postéro-latérale gauche. La réduction manuelle ne réussissant pas, nous essayons un tamponnement énergique vaginal à la gaze iodoformée que nous laissons en place trois jours pleins. Après enlèvement de ce premier tampon, les choses n'ont pas changé d'aspect, l'inversion est toujours là, aussi complète que jamais ; nouveau tamponnement laissé en place le même nombre de jours. Après enlèvement de ce second tampon nous trouvons le tout rentré dans l'ordre, la matrice est en postposition et en antéflexion, le col largement ouvert.

Pour plus de sûreté nous effectuons un tamponnement intra-utérin que nous laissons en place deux jours ; à partir de cette époque nous nous contentons d'irrigations vaginales. La patiente quitte le service le 11 avril 1896, entièrement remise, l'involution de la matrice paraissant complète.

Ici, encore une fois, la cause de l'inversion a été, comme il arrive le plus souvent, une traction sur le cordon, probablement au moment du relâchement utérin. On sait, en effet, qu'il est généralement admis qu'il ne suffit pas des tractions sur le cordon ou de l'expression utérine, ou des deux modes combinés pour produire l'inversion, qu'il faut en outre un état anormal spécial d'atonie, de relâchement des parois utérines.

Si nous nous sommes décidé à publier ce cas, c'est en partie aussi pour avoir l'occasion d'exposer très brièvement les différents procédés qui ont été mis en avant jusqu'à ce jour pour combattre l'accident en question.

En premier lieu le taxis qui porte sur la région de l'utérus la plus voisine du col, la position génu-pectorale est ici très avantageuse. Pour Porak, il faut saisir la matrice à pleine main et agir de façon à ce que les parties supérieures soient réduites en premier lieu, en se gardant de comprimer trop le fond ; car la matrice se tasse et s'épaissit dans le voisinage du col, de façon à ne plus pouvoir le franchir. Cet auteur rejette tous les instruments de réduction.

Dahlman saisit la matrice au moyen de la main droite et exerce avec le pouce de cette main une pression énergique sur l'angle tubaire droit, pendant que la main gauche placée sur le bas-ventre, saisit le bord de l'espèce d'entonnoir formé par l'inversion même et, tout en le dilatant, le déprime en le faisant glisser pour ainsi dire sur les doigts de la main interne.

Parmi les appareils de réduction nous devons citer en premier lieu les ballons en gomme élastique (Kolpeurynter, réducteur Aveling, etc.) qu'on remplit d'air ou de liquide.

Neugebauer préfère la pression hydrostatique à la pression aérostatique à cause de l'uniformité de pression sur toutes les parties inversées. Kochs a modifié le ballon ordinaire, en ce sens, qu'il le fait construire de manière à présenter une dépression où se loge le corps inversé (*Kegeltrichtertampon*).

Parmi les instruments proprement dits, citons celui de Schütz ; il consiste en une tige de 30 centimètres de long qui porte à l'une de ses extrémités une plaque de la grandeur d'une pièce de deux francs, et qui s'applique sur le fond de la matrice.

Marcy a imaginé un nouveau procédé un peu plus compliqué. On passe profondément quatre fils de soie solides au travers du col. Ces fils sont reliés à un appareil spécial, à l'une de ses extrémités se trouve une dépression pour recevoir le fond de l'utérus ; à l'autre extrémité se nouent les fils ; cela fait, l'instrument est allongé au moyen d'un régulateur et il se produit ainsi, en même temps qu'une pression, sur le fond, une traction énergique sur le col. L'auteur parvint à réduire avec son nouveau procédé une inversion datant de trois mois, en moins de vingt-six minutes.

Si ces procédés plus ou moins simples et plus ou moins inoffensifs ne réussissent pas, on se verra autorisé à recourir à des opérations, plus conséquentes.

Thomas préconise la laparotomie pour dilater l'anneau constricteur ; le procédé ne réussit pas dans les mains de Mundé. Reste l'amputation

partielle et l'extirpation totale qui l'un et l'autre ont leurs partisans. Sutugin rompt une lance en faveur de la première de ces opérations qui semble gagner du terrain sur la seconde.

On voit, par notre observation que, dans les cas favorables, un moyen fort simple, le tamponnement à la gaze, mène également au but.

(*Annales de la Soc. de méd. de Gand.*)

---

PAROTIDITE DANS LES DÉSORDRES PELVIENS.

M. Morrow a lu récemment à la *Société médico-chirurgicale de Montréal* trois observations de parotidite d'origine pelvienne.

Au quinzième jour d'une pelvi-péritonite modérée l'une des parotides devient dure, gonflée, très sensible. En deux jours l'inflammation s'étend à la face. Une large incision provoque une forte hémorrhagie, mais ne donne pas de pus. Après cette saignée locale les désordres pelviens et parotidiens guérissent rapidement.

Les règles s'arrêtent après une promenade par un temps froid. Deux jours plus tard, les deux parotides s'enflamment, mais tout rentre dans l'ordre au bout de peu de jours.

Une jeune fille, ayant ses règles, va à la messe de minuit. Les menstrues s'arrêtent le lendemain. Deux jours plus tard la parotide gauche est enflée et douloureuse. Une application d'iode et une dose de calomel font tout disparaître en quelques heures. Chez aucune de ces trois malades il n'était possible d'attribuer les accidents aux oreillons.

Comment les maladies de l'addomen peuvent-elles influencer les parotides ? Au cours des fièvres septiques, il s'agit sans doute d'une infection par le sang ou par les conduits sécréteurs, et alors il y a généralement suppuration. Mais dans les cas bénins provoqués par un désordre abdominal l'explication ne paraît pas recevable. Le métabolisme n'est guère admissible, en raison de la diversité des tissus qui sont le siège de l'affection primitive jouant le rôle de cause provocatrice de la parotidite. Celle-ci peut, en effet, accompagner ou suivre la grossesse, l'accouchement ou l'avortement, la menstruation qu'elle supplée parfois, la cellulite pelvienne et l'hématocèle, les opérations sur le vagin, l'utérus, les ovaires, et les trompes, les plaies où les maladies de l'estomac, de l'intestin ou des parois abdominales. Par exclusion, on est conduit à penser que le phénomène s'accomplit par l'intermédiaire du système nerveux. Dans certains cas, il y a plutôt hyper-

hémie transitoire qu'inflammation réelle ; on peut alors admettre un trouble fonctionnel des centres vaso-moteurs sur lesquels les organes pelviens ont une influence considérable. D'ailleurs, certains phénomènes semblent indiquer des connexions nerveuses encore obscures entre les glandes parotides et les appareils de la génération et de la digestion ; la salivation pendant la grossesse, la sécheresse de la bouche pendant la période menstruelle, l'altération de la sécrétion salivaire dans plusieurs maladies de l'estomac et de l'intestin sont invoqués comme des arguments en faveur de sa théorie des parotidites par action nerveuse.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Morrow, M. Gardener a fait remarquer la rareté, depuis quelques années, des engorgements de la parotide après les opérations sur l'abdomen ; cela tiendrait, suivant lui, aux soins de propreté pris aujourd'hui par tous les chirurgiens et tendrait à prouver que l'infection est la cause réelle de la parotidite.

M. Lockhart a observé une parotidite double suppurée, dix jours après l'amputation d'un utérus cancéreux. L'opérée succomba le quarante-huitième jour après l'opération.

M. Wesley Mills trouve l'explication des parotidites secondaires dans la physiologie des glandes à sécrétion interne et dans les relations mutuelles des diverses glandes. Les connexions des organes de la génération et de certaines glandes de la gorge ne sont pas niables et il lui semble probable que l'engorgement parotidien résulte d'un trouble vaso-moteur.

M. Lapthorn Smith a observé une parotide chez un étudiant atteint d'orchite blennorrhagique et, chez une femme ayant une péritonite aiguë consécutive à une pyo-salpingite, un engorgement parotidien qui disparut dès que le pus fut évacué.

M. Morrow, à l'encontre de la théorie purement septique, rappelle que Paget, auteur d'un mémoire étendu sur le sujet, a observé quinze cas de parotidite consécutive à des maladies étrangères à l'abdomen ou au bassin : dans tous les cas il y avait des symptômes septiques bien nets. Au contraire, dans 101 cas de parotidite consécutive à des affections de l'abdomen ou du bassin il existait, en dehors de la parotidite, des signes d'infection chez le dixième à peine des malades, tandis que la moitié du temps il y avait suppuration du côté de la glande parotidienne elle-même. La richesse vasculaire de cet organe et la

résistance de sa capsule font que l'hyperhémie va facilement jusqu'à l'inflammation.

A la dernière réunion annuelle de l'*Association américaine d'obstétrique et de gynécologie*, tenue à Chicago, M. Ross, de Toronto, avait déjà signalé un cas de parotidite double suppurée qui s'était déclarée dix jours après une hystérectomie vaginale, sans trace de suppuration dans les autres organes de l'opérée.

Plusieurs membres avaient cité des exemple de cette complication, moins rare qu'on ne pense et généralement attribuée aux relations sympathiques entre les organes génitaux et la glande parotide. M. Ferguson, de Chicago, l'explique par l'état de malpropreté de la bouche et croit qu'avec des précautions de ce côté on pourrait presque toujours l'éviter.

(*Bull. méd.*)

---

CAS D'ASTHME UTÉRIN.

M. Katz rapporte l'observation d'une patiente qui souffre d'asthme bronchique seulement pendant la menstruation. Beaucoup d'auteurs nient l'asthme utérin, et Leyden met en garde contre ce diagnostic. On doit accorder que le plus souvent il s'agit de cas de neurasthénie, Cependant le doute n'est pas permis ici en raison des caractères de l'expectoration et de la présence des cristaux. La patiente, âgée de 32 ans, provenant d'une famille saine, non névropathe, ne présente aucun autre symptôme ; la menstruation est normale. Il y a un an, elle eut subitement un accès d'asthme avec orthopnée pendant la menstruation. Ce phénomène se reproduit à l'époque de chaque règle et dure jusqu'à la disparition des menstrues, et le rétablissement est complet. Il s'agit donc bien d'un asthme provoqué par la menstruation.

M. Leyden n'a pas encore vu un cas aussi typique d'asthme utérin ; cependant, il a observé un cas analogue dans lequel les accès s'étaient déjà produits auparavant. Une jeune fille avait eu, étant enfant, des accès d'asthme qui avaient disparu, mais qui revient à l'époque de la menstruation. La maladie est provoquée par des influences nerveuses et dans l'asthme utérin l'excitation part de la région génitale. Le traitement reste le même pour toutes les formes d'asthme.

(*Méd. mod.*)

---

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE,

Par Th. VAN DE VELDE (de Leyde).

En août 1895, je faisais une série d'expériences sur quelques-unes des propriétés toxiques de l'urine humaine, lorsque l'idée me vint en songeant que dans l'insuffisance rénale les femmes enceintes ont plutôt des convulsions que les autres malades, que des lapines pleines, quoique parfaitement saines, réagiraient déjà à l'action convulsivante de l'urine humaine à une dose beaucoup moindre que des lapines à l'état de vacuité.

J'ai donc injecté, dans la veine auriculaire postérieure de deux lapines, de la même urine humaine normale. L'un de ces animaux était à la moitié de la gravidité, l'autre à l'état de vacuité. Du reste, elles étaient dans les mêmes conditions ; les animaux de ces expériences, tout autant que ceux des expériences dont je parlerai ultérieurement, étaient nourris tous avec la même quantité des mêmes aliments.

Les résultats de ces deux premières expériences étaient bien aptes à confirmer mon idée ; tandis que la lapine pleine, après avoir reçu 23 c. c. d'urine, était prise de convulsions cloniques dans la nuque, l'animal de contrôle, après l'injection de 51 c. c., ne présentait aucune trace de convulsions. Il va sans dire qu'après un résultat tellement évident, je résolus de continuer mes recherches ; mais malheureusement la saison était peu favorable à la conception des lapines et je fus forcé de remettre mes expériences à l'année 1896.

Dans les mois juin et de juillet passés j'ai repris mes recherches, dont j'ai l'honneur de vous présenter ici un aperçu bref. J'espère publier, dans un délai aussi court que possible, un travail plus détaillé sur ce sujet, avec le compte rendu complet de mes expériences.

Pour arriver à une explication du résultat de ma première expérience, je me suis posé quelques questions que voici, et dont je parlerai successivement.

Les lapines pleines sont-elles prises de convulsions, après l'injection d'une quantité d'urine, qui est régulièrement beaucoup moindre que la quantité nécessaire pour donner des convulsions chez les lapins non gravides ?

J'ai injecté sept lapines pleines et, fait important, *toutes* ont présenté une réaction beaucoup plus hâtive que les autres animaux. Par kilogramme d'animal, l'intoxication des lapines gravides avait lieu à

une moyenne de 9 c. c., tandis que les lapines non gravides, injectées avec les mêmes urines que les précédentes, n'avaient pas encore de convulsions avec une moyenne de 20 c. c.

Ce dernier chiffre est d'accord avec ceux d'une autre série de 30 injections d'urine que j'ai faites et avec ce que disent les auteurs sur ce sujet.

Il n'y a eu qu'une seule exception : une des lapines non gravides a présenté aussi une réaction hâtive, quoique très légère ; mais sur un tel chiffre d'expériences, une exception ne change rien.

Comme expérience probante, je relaterai ici un peu plus explicitement l'expérience n° 17, parce qu'elle est très convaincante.

A une lapine pleine, pesant 2.600 grammes, j'ai injecté de l'urine présentant les mêmes caractères (densité, etc.) que celle dont je m'étais servi dans l'expérience n° 3, un mois auparavant, lorsqu'elle n'était pas encore pleine. Cette lapine, qui alors avait présenté aucune trace de convulsions après avoir reçu 38 c. c. d'urine injectée vers la moitié de la gravidité, a eu des convulsions à une dose de 21 c. c. d'urine. Donc, il est bien sûr que les lapines gravides ont des convulsions à la suite d'injections d'urine à doses beaucoup moins élevées que les lapines non gravides.

La première question étant ainsi résolue positivement, se pose la seconde question, à savoir : quelle est la cause de cette réaction hâtive ?

Deux choses étaient possibles : Dans le sang des lapines pleines, bien portantes, il pourrait déjà exister une substance (1) convulsivante, et le poison (2) convulsivant contenu dans l'urine injectée s'ajouterait ainsi au poison déjà préexistant dans la circulation, ou bien les centres nerveux (cause ultime des convulsions) pourraient avoir une prédisposition exagérée pour les substances convulsivantes de l'urine.

Pour contrôler la première possibilité, j'ai comparé le pouvoir tonique convulsivant du sang de lapines pleines avec celui du sang « normal ».

A cet effet, j'ai injecté chez le même animal (pour éliminer la disposition individuelle des animaux différents), avec quelques jours de repos entre les expériences, le sang défibriné de deux lapines pleines et d'une lapine non gravide.

(1) Ou : des substances.
(2) Ou : des poisons.

Le sang d'une des lapines pleines provoquait des convulsions à 46 c. c., celui de l'autre (à terme) déjà à 31 c. c., tandis que le sang de l'animal de contrôle n'avait provoqué aucune trace de convulsions. L'animal injecté ayant le poids de 2.150 grammes, le sang de la lapine pleine avait donc déterminé des convulsions à 18 c. c. par kilogr. d'animal et le sang de la lapine non gravide ne les a pas déterminés à 25c. c. par kilogramme d'animal.

Le sang de lapine pleine a donc un pouvoir convulsivant plus grand que le sang « normal ».

Ce fait est évident, mais pour élucider encore plus la question, j'ai injecté comparativement les urines de ma première lapine pleine et de l'animal de contrôle de cette expérience. L'urine de la lapine pleine a donné des convulsions à 18 c. c. par kilogr. d'animal ; celle de la lapine non gravide à 30 c. c. par kilogr. ne provoquait pas de convulsions.

Ainsi, j'ai confirmé par l'expérimentation la vérité de l'opinion que, dans le corps animal, « ce laboratoire de poisons » (Bouchard), existe une activité exagérée pendant l'état de gravidité.

J'ai démontré d'abord : que dans l'organisme de la femelle pleine il se forme des substances toxiques dont l'action prédominante est convulsivante ; ensuite, que ces substances paraissent dans l'urine et qu'elles sont donc éliminées par la voie rénale ; enfin, qu'il se trouve dans le sang des lapines pleines une quantité de ces poisons plus grande que dans l'état normal, ce qui prouve que la production l'emporte sur l'élimination.

Donc, la préexistence de poisons convulsivants dans le sang des lapines pleines, la première possibilité dont je parlais tout à l'heure, est ainsi prouvée, mais néanmoins, on n'a pas le droit de nier la seconde possibilité, l'existence d'une prédisposition exagérée des centres nerveux pour l'action convulsivante. Seulement, il faut ajouter que cette prédisposition n'est nullement prouvée.

Mais, en outre, mes expériences m'ont appris que l'état d'empoisonnement des centres nerveux, occasionné par la gravidité, ne cesse pas immédiatement après l'évacuation de la matrice, comme d'ailleurs c'était à prévoir.

En effet, une lapine, trois jours après avoir mis bas, présentait la réaction hâtive d'une lapine pleine, tandis que son urine n'était absolument pas plus convulsivante que l'urine d'une lapine « normale », ce qui prouve que dans le sang il n'existait plus de surcharge de

matières convulsivantes. Même 18 jours après la parturition, j'ai pu constater une réaction hâtive, quoique à un degré déjà beaucoup moindre que lorsque l'animal était en état de gravidité.

Il me semble que les recherches expérimentales que je viens de vous communiquer ici, sont de nature à faire mieux comprendre la pathogénie de l'éclampsie.

Dans l'organisme en état de grossesse sont formées plus de substances toxiques que dans l'état normal.

L'élimination de ces substances se fait par la voie rénale ; par suite, les fonctions des reins sont exagérées chez une femelle pleine.

Il en résulte que, par suite d'une plus grande quantité de substances toxiques à éliminer, les organes sécréteurs peuvent être lésés plus tôt, et il peut arriver que ces éléments fonctionnent mal comme émonctoires, c'est-à-dire que les reins sont devenus insuffisants.

Alors s'accumulent dans le sang les « substances toxiques de la grossesse », taut autant que celles qui paraissent dans l'urine « normale ».

Les premières ont une action convulsivante prédominante ; parmi les dernières, la substance narcotique est la plus forte et produit le coma, tandis que l'action convulsivante est additionnée au pouvoir des « substances toxiques de la grossesse ».

C'est ainsi que l'on peut s'expliquer le syndrôme de l'éclampsie.

(*Revue obst. internat.*)

---

### CRISES ÉPILEPTIQUES ET FIBROMES UTÉRINS.

(Fœlich *Congr. de Méd. de Nancy*, août 1896.)

L'auteur rapporte une observation dans laquelle des crises typiques d'épilepsie, avec morsure de la langue et évacuation involontaire d'urine, se manifestaient chez une personne de trente ans, en même temps que des hémorrhagies très abondantes dues à des fibromes utérins.

Pendant dix ans, il y eut un développement parallèle des fibromes, des hémorrhagies et du nombre des crises épileptiques, malgré un traitement intensif et intempestif par le bromure. A quarante ans, la malade, arrivée un dernier degré de la cachexie physique et morale, fut opérée par l'auteur qui fit une hystérectomie abdominale ; la tumeur pesait 16 livres. Le pouls reste à 48 pulsations pendant deux jours, à la suite de l'intervention.

Les suites opératoires furent normales.

Après l'intervention, les crises furent beaucoup plus fréquentes qu'avant. On les attribua à une prédiction faite à la malade, prédiction dont elle avait été frappée.

Depuis six mois, les crises s'espacent de nouveau et la malade souvent parvient par sa volonté à les empêcher de se produire.

L'auteur espère que ces crises finiront par disparaître complètement dès que l'état général de la malade se sera complètement rétabli.

Il les attribue :

1° Au développement de la tumeur et à la profonde anémie qui en fut la conséquence ;

2° A l'irritation stomacale produite par l'ingestion de quantités exagérées de bromure ;

3° Au nervosisme que les deux causes précédentes avaient produit chez la malade. Le premier facteur a été détruit par l'opération.

L'amélioration progressive de l'affection semble donner raison à cette interprétation.

---

### PRONOSTIC DE LA FOLIE PUERPÉRALE.

(Mc Cuaig, *Médical News*.)

Mc Cuaig, de l'étude des cas de folie puerpérale qu'il a observés, de 1883 à 1893, à l'hôpital des aliénés de Danville, arrive à poser les conclusions suivantes : De toutes les folies, la folie puerpérale est la plus bénigne ; la forme maniaque est plus curable que la forme mélancolique ; plus tôt les malades sont internées, plus la chance de les guérir est grande : plus l'âge de la malade est avancé plus le passage à la chronicité est à redouter ; l'hérédité ne paraît pas influer sur le pronostic.

---

### CRITIQUE DE LA VAGINO-FIXATION.

(*Centralbl. für Gyn.*, n° 6, 1896.)

Léopold dit qu'il a toujours été opposé à cette opération, car elle substitue à la rétroflexion une position de l'utérus qui ne vaut pas mieux que la première. Les rapports de l'utérus et de la vessie sont entièrement anormaux, le col est fixé dans une position non naturelle et, à moins d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas d'abord et de détruire

possibles expérimentés n'ont pas réussi est guérie complètement après l'hystérectomie. Chez cette patiente l'urine, régulièrement examinée avant l'opération, était de 800 à 1000 gr. ; elle monta après l'opération de 3.000 à 5.000, et l'urée, de 12 à 14 gr., s'éleva à 40 et 50 grammes.

Le même phénomène a été observé dans deux autres cas, mais pas si évidemment.

Bien que l'on sache que, pendant les derniers mois de grossesse l'urée diminue, et qu'elle augmente après, l'A. observe comment ces faits démontrent, du côté de la pathologie, l'importance de cette influence ; c'est un champ d'études ouvert à des recherches qui avec le temps vont donner des résultats très utiles.

---

# VARIÉTÉS

—

Tuberculose et promesse de mariage. — Le jury du ban de la Reine n'a pas été sans un peu d'hésitation devant le cas suivant, où il a fallu apprécier des théories médicales et bactériologiques. Un certain docteur Sweil avait promis le mariage à miss Frond, mais peu après il se retirait, non pas chassé par la crainte d'une future belle-mère, mais au contraire parce que la jeune miss avait perdu sa mère de tuberculose, et parce qu'il ne voulait pas charger de cette lourde hérédité sa progéniture à venir. D'où procès en rupture de promesse de mariage, cas qui n'est pas rare en Angleterre. Miss Frond a obtenu du juge une somme de 1,000 livres (25,000 fr.) comme dommages-intérêts. Si le docteur est satisfait d'avoir épargné la tuberculose à ses hypothétiques rejetons, il doit cependant trouver que c'est un peu cher.

—

Condamnation pour avortement. — La veuve Cabot, sage-femme à Sary, vient d'être condamnée pour avortement à huit ans de réclusion et à la relégation, par la Cour d'assises de la Marne. Cette faiseuse d'anges, qui va aller aller exercer ses talents chez les Canaques, n'en est pas à son coup d'essai. Deux fois, elle avait été poursuivie pour avortements et avait bénéficié d'une ordonnance de non lieu ; une troisième fois, en 1892, elle avait été condamnée à six ans de réclusion.

---

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**15. — Tiges d'ichtyol dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme,** par le Dr Marmonier (1). — Madame D..., âgée de 32 ans, est contaminée par son mari, et atteinte d'une uréthrite blennorrhagique depuis le 27 avril 1896. Elle se décide à venir me consulter le 2 juin.

Elle a été réglée à 14 ans, ses règles ont toujours été régulières, non douloureuses, et elle n'accuse aucune perte blanche dans l'intervalle. Les mictions ne sont pas douloureuses : mais son linge continue toujours à être taché en jaune.

A l'examen, cette malade présente un écoulement uréthral assez abondant ; il existe en même temps de la vaginite ; les petites lèvres sont rouges et excoriées ; il existe, en plus, des érosions sur le col. Le traitement employé jusque là a consisté en injections, en boissons rafraîchissantes et en injections vaginales, faites d'abord avec de l'eau blanche, et ensuite avec de l'eau boriquée.

Ayant été témoin l'an dernier, à Saint-Lazare, des heureux résultats obtenus par notre distingué confrère, M. Jullien, dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique, chez la femme, par les tiges d'ichtyol, je proposais à Madame D..., et parvins, non sans peine, à lui faire accepter ce mode de traitement.

Dès le lendemain, j'introduisis chaque jour dans l'urèthre de ma malade une tige d'ichtyol, et dans le vagin un tampon ichtyolé (sauf durant la période cataméniale).

Le 25 juin, le pus contenait encore quelques gonocoques.

Le 7 juillet, tout écoulement avait disparu, ainsi que toute trace de vaginite. Le col était en bon état.

Ce mode de traitement par les tiges d'ichtyol n'est pas encore, je le crois du moins, appliqué dans la pratique courante. Il offre cependant de sérieux avantages. C'est pour cette raison qu'il m'a paru utile de rappeler le manuel opératoire qu'il exige. Ce manuel opératoire

(1) *Marseille Méd.*

que je vais décrire est, du reste, celui-là même que M. Jullien a décrit dans sa communication au Congrès de Rome en 1894.

« On se sert d'une tige métallique d'une longueur de 30 centimètres environ et droite, car l'urèthre de la femme décrit une courbure à concavité antérieure si légère qu'il permet l'introduction des instruments droits sans la moindre difficulté.

Une des extrémités de cette tige plus fine sur une longueur d'environ 8 à 10 centimètres, est creusée de nombreuses encoches et hérissée d'aspérités qui permettent à la ouate dont on va la garnir d'y adhérer fortement et de ne pas rester dans le canal lorsqu'on retirera l'instrument.

La femme étant couchée sur le lit à spéculum ou sur le bord d'un lit, les deux jambes écartées, l'opérateur introduit un doigt dans le vagin, puis, la pulpe tournée en haut, il exerce une pression assez forte sur la cloison uréthro-vaginale en ramenant son doigt en dehors. Il fait sourdre ainsi au méat urinaire le pus contenu dans le canal et se rend compte du degré de la maladie et des effets du traitement. Puis, après avoir fait la toilette de la vulve et lavé soigneusement le vagin avec un liquide antiseptique, le doigt précédant toujours la canule et allant tendre et frotter les moindres replis de la muqueuse, il faut procéder à l'introduction de la tige.

Celle-ci, garnie d'un manchon de ouate à son extrémité rugueuse, est trempée dans le glycéré suivant :

| | |
|---|---|
| Glycérine..... | 5 grammes |
| Ichtyol..... | 1 gramme. |

Puis, tenant la tige de la main droite comme un porte-plume, et, pour plus de sécurité, ayant le pouce et l'index sur l'extrémité du manchon de ouate, on l'introduit dans l'urèthre comme une sonde de femme pendant que la main gauche écarte les lèvres et met à découvert le méat urinaire.

Se rappelant la légère concavité de l'urèthre, si l'instrument, après avoir pénétré un peu, éprouve quelque difficulté à avancer, on abaissera légèrement le manche de la tige et celle-ci pénétrera sans difficulté dans la vessie.

L'ayant introduite d'environ six à sept centimètres, il faut avoir soin de presser vigoureusement sur tout le contour de la paroi uréthrale, de manière à bien déplisser la muqueuse, et à mettre le topique en rapport avec toute sa surface.

Ceci étant fait, il faut introduire dans le vagin un tampon imbibé du même topique. Il aura l'avantage de s'adresser à la vaginite, si vaginite il y a; sinon, il s'opposera à l'infection de la muqueuse vaginale et à l'envahissement des organes génitaux supérieurs.

L'introduction du spéculum n'est pas nécessaire pour placer le tampon. On saisit celui-ci dans son sens le plus long entre les deux branches d'une forte pince, et, après l'avoir trempé dans le topique, on l'introduit directement dans le fond du vagin pendant que l'indicateur gauche déprime le périnée. »

***

**16. — Opothérapie ovarienne.** — Muret (*Revue médicale de la Suisse romande*, juillet 1896) étudie la question de l'opothérapie ovarienne, à l'appui de laquelle il apporte vingt et une observations de malades par lui soumises à ce traitement.

Ces malades peuvent se diviser en deux catégories : dans la première, il s'agit de femmes atteintes de troubles relevant de la ménopause physiologique ou de la ménopause consécutive à la castration ; dans la seconde, les malades traitées sont des chlorotiques.

Chez ces dernières, la menstruation était depuis assez longtemps suspendue. De plus, elles présentaient tous les symptômes ordinaires de la chlorose. C'étaient des chlorotiques typiques. Muret les a soumises à l'opothérapie ovarienne en administrant la substance ovarique ainsi qu'il sera exposé plus loin. Ce traitement a fait réapparaître les règles, en même temps que sous son influence les symptômes nerveux ne tardaient pas à céder à leur tour.

L'essai donna des résultats tout aussi concluants chez la première catégorie de malades dont s'est occupé l'auteur. Sa statistique sur ce point porte sur douze malades, dont huit subissaient différents genres d'accidents depuis leur ménopause, dont les quatre autres étaient sous le coup d'une ménopause artificielle, c'est-à-dire consécutive à une intervention opératoire.

Les huit premières femmes se plaignaient surtout d'accidents fort intenses, tels que vertiges, congestions, bouffées de chaleur au visage, sensations de défaillance et crises syncopales. A côté de ces troubles généraux, ces malades avaient des troubles digestifs : anorexie, ballonnements, flatulences, et aussi des troubles urinaires. Le traitement a fait disparaître les phénomènes congestifs, a rétabli les fonc-

tions digestives. Même succès à enregistrer chez les quatre femmes qui avaient subi une castration, cause de leur ménopause. Quant aux autres phénomènes morbides dont étaient en outre atteintes ces malades, et qui ne dépendaient nullement de la castration et de la ménopause, le traitement ovarique n'a exercé sur eux aucune influence. Enfin, signalons encore l'excellente façon dont les malades supportaient le traitement, sans accident d'aucun genre.

Pour la question du mode d'administration de la substance ovarique, voici ce que Muret nous en dit :

Elle peut s'administrer sous trois formes différentes : pilules, pastilles et injections sous-cutanées. Les pilules et pastilles doivent être faites de telle sorte que la malade avale de 0.25 à 0.90 centigrammes de substance ovarique par jour. La durée du traitement oscille dans ce cas entre quinze jours et trois mois.

Les injections sont faites avec de l'extrait glycériné d'ovaire contenant un gramme de substance ovarique pour 5 grammes de glycérine. On en donne 0.50 centigrammes à 1 gramme par jour. C'est à l'ovaire de la jeune vache qu'on s'adresse pour fabriquer ces substances.

En ce qui concerne les injections, l'auteur a fait la remarque que parfois elles provoquaient des phénomènes douloureux, de très courte durée, il est vrai. Cette remarque a été faite aussi par différents observateurs dans l'usage des injections de tout genre ainsi, l'on sait les douleurs vives, et même de longue durée, qu'occasionnent parfois les injections de calomel employées dans certains cas de syphilis.

Quoi qu'il en soit, Muret considère l'opothérapie ovarienne comme une méthode qui mérite d'être tentée, et capable en même temps de donner d'heureux résultats. Il se propose même d'en généraliser l'emploi au traitement du goître exophtalmique et de l'ostéomalacie.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

***

**17. — Sur le traitement médical des fibromes utérins.** (Martin.) — Le traitement local consistera en douches vaginales à l'eau chaude (au-dessus de 34° c.) ; il est préférable de se servir pour ces douches d'eau additionnée d'une petite quantité de sel de cuisine ou d'alun. L'alun est un des meilleurs médicaments à prescrire pour le traitement local de l'utérus. On se servira, dans ce but, de

tampons ou de boulettes imbibés d'une solution chaude d'alun à 20 % ; après évaporation de l'eau chaude, l'alun reste adhérent à l'ouate ou à la gaze.

L'état général sera amélioré par le changement de climat ou le séjour dans les montagnes ou au bord de la mer. Dans le traitement médicamenteux des fibromes utérins, ce sont l'arsenic, le chlorhydrate d'ammoniaque, le mercure et les préparations iodées qui jouent un rôle important. L'arsenic sera donné sous forme d'acide arsénieux (à la dose de 0 gr. 003), ou de liqueur de Fowler (à la dose de cinq gouttes). Le chlorhydrate d'ammoniaque, à la dose de 0 gr. 3 à 0 gr. 6, allège la circulation de la veine porte. Les fonctions intestinales sont considérablement stimulées par le calomel pris à la dose de 0 gr. 02 répétée deux à trois fois par jour. Quant à la teinture d'iode, elle est indiquée pour applications locales sur la muqueuse du col utérin.

Les douleurs, surtout celles survenant pendant les règles, seront combattues par les sédatifs usuels.

On peut prescrire dans ce but une solution de :

| | |
|---|---|
| Bromure de sodium..... | |
| Bromure d'ammonium..... | ãã 15 gr. |
| Bromure de strontium..... | |
| Eau distillée..... | 1000 — |

M. D. S. — A prendre par cuillerée à bouche.

On peut aussi se servir de l'antifébrine, de l'antipyrine et de la phénacétine pour soulager les douleurs pendant les règles, de même que du chloral hydraté à la dose de 1 gr. 5 à 2 gr., dans 100 grammes d'eau pour un lavement. Le mélange suivant agit comme un excellent tonique de l'utérus :

| | |
|---|---|
| Extrait de chanvre indien.... | 0 gr. 015 à 0 gr. 45 |
| Ergotine..... | 0 gr. 03 à 0 gr. 06 |
| Valérianate de quinine..... | 1 gr. 2 |

L'hyoscyamine, la belladone et le strammonium peuvent aussi être employés comme sédatifs.

Les douleurs névralgiques seront combattues par la teinture de gelsémium, associée au valérianate de zinc et au fer ; quant aux symptômes d'hystérie éclatant dans ces conditions, on prescrira contre eux l'assa fœtida à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 5.

Les préparations d'opium se manifestent comme d'excellents cal-

mants, mais l'on tâchera de les éviter le plus longtemps possible, à cause de l'accoutumance qui ne tarde pas à survenir.

A-t-on affaire à des hémorrhagies utérines, on aura recours au tamponnement utérin (métrorrhagies graves) ou seulement au tamponnement vaginal (métrorrhagies plus légères).

Enfin, on s'adresse ordinairement au perchlorure de fer pour produire un effet astringent sur la muqueuse utérine. L'auteur s'est servi dans ce but avec succès d'une solution (dans l'eau et la glycérine) de chlorure de zinc à 10 %.

Comme astringent interne, c'est l'*hydrastis canadensis* qui occupe le rang le plus élevé ; elle agit directement comme un vaso-constricteur des vaisseaux utérins. On la prescrira sous forme d'extrait fluide, à la dose de 1 gr. à 1 gr. 5 prise une à quatre fois par jour et pendant les règles, à la dose de 1 gr. 5 à 2 grammes répétée trois à quatre fois par jour. On peut aussi recommander le mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Extrait solide d'*hydrastis canadensis* | ãã 0 gr. 06 |
| Ergotine ..... | |

Pour *une* capsule. — A en prendre une à quatre par jour.

Quant à la teinture de chanvre indien, prise à la dose de dix gouttes, elle soulage les douleurs pendant les règles et agit comme astringent et hémostatique.

(*Journal de méd. de Paris.*)

***

**18. — Un traitement nouveau du cancer.** — Dans un des derniers numéros du *Wratch*, nous trouvons une lettre curieuse de M. Denissenko, dans laquelle il décrit un mode de traitement du cancer qui lui aurait donné des résultats très satisfaisants. Il a remarqué depuis longtemps que dans le peuple on traite avec succès les verrues avec du suc de la grande chélidoine fraîchement cueillie. Aussi a-t-il pensé à appliquer le même procédé à l'épithéliome ; depuis une année il applique ce traitement systématiquement en employant les badigeonnages avec de l'extrait de chélidoine. Mais, si la tumeur diminuait un peu en surface, elle continuait à se propager dans la profondeur. M. Denissenko procède alors de la façon suivante : il administre à l'intérieur de 1 gr. 50 à 5 grammes par jour d'extrait de chélidoine en solution aqueuse et fait en même des injections dans la tumeur,

près de sa limite d'avec le tissu sain, avec une seringue d'un mélange à parties égales d'extrait de chélidoine, d'eau distillée et de glycérine, en faisant cette injection en plusieurs points de la tumeur. (Il est préférable de préparer tous les jours la solution ou bien d'y ajouter 1 gramme de chloroforme par 200 grammes de solution.) Enfin, si la néoplasie est ulcérée, on la badigeonne avec le même extrait glycériné (1 à 2 p. d'ext. et 1 p. de glycérine).

L'emploi interne est très bien supporté par l'estomac ; le badigeonnage provoque une légère cuisson, qui ne dure guère, tandis que les injections provoquent une douleur cuisante vive, de la faiblesse générale, un frisson et de la fièvre (38-39) ; mais tous ces symptômes disparaissent le lendemain.

Dès les premiers jours de ce traitement intensif, le teint terreux des cancéreux disparaît, la tumeur se ramollit et semble fondre. Au bout de quelques jours se forment, au niveau des points où a passé l'aiguille de la seringue, des trajets fistuleux autour desquels la tumeur disparaît, 15 à 25 jours après, le tissu malade est nettement séparé du tissu sain, qui semble le refouler ; la tumeur diminue de moitié ; dans quelques cas, elle a complètement disparu ; les adénites disparaissent. A l'appui, l'auteur rapporte 8 observations : deux cas de cancroïde de la lèvre (guérison) ; un épithéliome de la racine du nez (guérison) ; deux cancers de l'œsophage (amélioration très marquée, le traitement n'a pas été continué, les malades ayant été obligés de partir) ; un cas de néoplasme malin de l'hyocondre droit (?) très amélioré (le traitement n'est pas encore terminé) ; un cas de néoplasme malin du cou très volumineux, saignant très facilement ; l'amélioration est extrêmement marquée, la tumeur a diminué de 3/4, ainsi que le prouvent les photographies ; le traitement continue. Dans tous les cas de tumeur extérieure, le diagnostic est basé sur l'examen histologique (mais l'auteur n'en donne pas les détails).

M. Denissenko adresse à ses collègues la prière d'expérimenter le traitement en question, qui peut l'être sans crainte, puisqu'il est, en tout cas, inoffensif ; il faut seulement éviter une irritation trop grande par des doses trop fortes. Ce qui est important, c'est d'avoir un extrait bien préparé, car autrement il n'agit pas.

(*Méd. mod.*)

***

**19.— Traitement de la nymphomanie,** par A. LUTAUD.— Je ne m'occupe ici que de l'affection caractérisée par l'exaltation de l'appétit vénérien, et non de la vésanie, véritable névrose génitale, qui complique un grand nombre de manies et rentre dans le cadre des affections mentales.

Ainsi limitée, la nymphomanie est encore une maladie fréquente qui s'observe même jusque dans la vieillesse.

Voici le traitement à instituer :

I. — Rechercher avec soin toutes les causes locales qui peuvent entretenir le prurit vulvaire : vaginite, végétations, vulvite, eczéma, syphilis, herpès.

II.— S'enquérir des affections générales pouvant déterminer le prurit et penser surtout au diabète.

Ces premiers point élucidés, voici le traitement à instituer :

III.— Dans les cas où la nymphomanie semble liée à des troubles du système nerveux, les bromures à dose moyenne sont indiquées ; associés à l'opium, ils combattent d'une façon très efficace l'exaltation de l'appétit vénérien :

| | |
|---|---|
| Bromure de strontium..... | 10 grammes |
| Extrait thébaïque..... | 5 centigr. |
| Teinture de jusquiame..... | 2 grammes |
| Sirop d'écorce d'orange amère.... | 90 — |

Une cuillerée à soupe le soir, à l'heure du coucher.

IV.— On peut ajouter du camphre au bromure de potassium :

| | |
|---|---|
| Bromure de potassium..... | 4 grammes |
| Jaune d'œuf..... | N° 1 |
| Emulsion sucrée..... | 190 grammes |
| Camphre..... | 0.25 centigr. |

Une cuillerée à soupe le soir, à l'heure du coucher.

V.— Lorsqu'il existe de l'insomnie, j'ajoute du chloral à la potion nocturne :

| | |
|---|---|
| Hydrate de chloral..... | ââ 5 grammes |
| Bromure de strontium..... | |
| Extrait de jusquiame..... | ââ 3 centigrammes |
| Extrait thébaïque..... | |
| Extrait de chanvre indien..... | |
| Sirop d'écorce d'orange amère.... | 100 grammes |

VI.— Les applications locales sont utiles, alors même qu'il n'existe aucune lésion appréciable ; c'est à la cocaïne qu'il faut donner la préférence sous forme de lotions ou de pommade :

| | | |
|---|---|---|
| Chlorydrate de cocaïne..... | 2 | grammes |
| Eau de laurier-cerise..... | 4 | — |
| Eau distillée..... | 100 | — |

Pour lotions chaque soir :

| | | |
|---|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne..... | 2 | grammes |
| Vaseline blanche..... | 20 | — |
| Essence de rose..... | 1 | goutte. |

VII.— L'hydrothérapie est indiquée dans tous les cas. Lorsque la douche scientifique n'est pas possible, faire une application d'eau très froide sur la colonne vertébrale à l'heure du coucher.

Les eaux minérales les plus utiles sont Néris et Royat.

VIII.— *Traitement moral.*

Combattre l'onanisme, s'il existe, par les moyens d'ordre moral.

Le mariage est indiqué chaque fois que les malades ne sont pas menacés d'affections mentales.

Eviter l'isolement, la lecture des ouvrages licencieux, la fréquentation des théâtres, voyages, vie à la campagne, aux bains de mer ou dans des pensions alpestres, *mais toujours en compagnie.*

IX.— *Indications chirurgicales.*

Dans les cas où la nymphomanie est très intense, lorsqu'elle fait craindre des complications mentales et que tous les traitements rationnels ont échoué, la *clitoridectomie* est indiquée, surtout lorsque le mariage est impossible et que les habitudes d'onanisme sont invétérées. J'ai vu cette opération donner de bons résultats dans plusieurs cas graves.

La *nymphotomie* a été également pratiquée avec succès dans les cas où les petites lèvres provoquaient par leur longueur la gêne de la marche et le prurit génital. C'est là une excellente opération, ne présentant aucun danger et qui rend de grands services à un bon nombre de femmes.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

***

**20. — Les courants électriques dans le traitement des rétrodéviations utérines**, par le Dr Chamoin, de Paris. (*Congrès de Genève.*) Quand il s'agit de *rétrodéviations récentes, mobiles*, les applications électriques sont tout indiquées. Entre des mains quelque peu expertes, elles ne se bornent pas à être palliatives, elles amènent dans la statique utérine, de même que dans l'endolorissement ou l'hyperestésie de l'organe dévié et des organes du voisinage, une modification d'état se traduisant par un soulagement intime et un bien-être que la malade regarderait volontiers trop vite comme une guérison définitive. Ce prompt résultat favorable ne saurait être durable qu'à la condition d'une persévérante continuation des soins. On pourrait, dans cette première catégorie de cas, joindre l'emploi d'un pessaire approprié.

En présence de *rétrodéviations adhérentes et anciennes*, les électrisations, même les mieux conduites, ne peuvent amener aussi facilement, cela se comprend, une modification dans l'état et la position de l'utérus, bien qu'on doive retirer de leur emploi un très grand soulagement. Ici, leur rôle est plutôt secondaire. Aussi devront-elles être précédées, autant que possible, d'une intervention chirurgicale appropriée, destinée à libérer l'utérus et à le placer, d'une manière stable, dans la position la plus voisine de la normale. Mais, dans ces cas plus complexes et plus difficiles, les applications électriques deviennent très utiles encore comme complément du traitement chirurgical. Elles ont pour effet de s'opposer à une rechute, en combattant l'atrophie des ligaments ronds étirés, allongés, affaiblis par la plus ou moins longue durée de la rétrodéviation. Non seulement elles relèvent la tonicité des ligaments antérieurs, consolident et fortifient les plans musculaires distendus, relâchés ; mais elles peuvent porter également leur action sur la paroi utérine antérieure elle-même et contribuer à assurer le redressement de l'organe.

Enfin, et ce qui n'est pas à négliger, les applications électriques, tant internes qu'externes, soulagent toujours notablement cette sensation particulière de tiraillements pénibles dont les lombes et le bas-ventre sont le siège, de même que ce sentiment de défaillance périnéale qui affecte bon nombre de rétrodéviées.

Les courants électriques que l'auteur emploie dans le traitement des rétrodéviations sont, suivant les cas, ou faradiques, ou continus, voire même statiques.

Souvent il est bon de faire appel sucessivement à ces divers cou-

rants ou de les utiliser alternativement, selon la forme et le degré de la déviation, et en s'inspirant des symptômes concomitants. On devra varier soit la tension, soit l'intensité du courant appliqué. Si, en effet, la faradisation, sous forme de courant de tension, convient surtout contre l'élément douleur, c'est au courant de quantité qu'on doit recourir de préférence pour exciter la contractilité musculaire.

D'autre part, on trouve, dans l'électrolyse intra-utérine, un agent excellent pour combattre la métrite, dont se doublent si fréquemment les rétrodéviations, et il devient possible, avec certaine électrode spéciale, isolée sur l'une de ses faces, d'en localiser l'action sur la paroi antérieure, d'ou l'on tire profit pour le redressement de l'utérus. — Enfin, l'on emploie entre temps, avec un sérieux avantage, l'électricité statique, dont les diverses modalités s'adaptent remarquablement aux troubles nerveux multiples, protéiformes que revêt la neurasthénie, à l'évolution de laquelle les rétrodéviations se prêtent si complaisamment.

La technique des diverses applications électriques est ici relativement facile, bien que toujours délicate. L'auteur se borne à dire que, pour les courants continus, il place toujours l'électrode positive dans la cavité utérine, la négative étant appliquée transversalement et assez largement sur le bas-ventre, en ouvrant les orifices inguinaux de chaque côté. L'emplacement réciproque des électrodes de faradisation n'a pas la même importance et on les alterne fréquemment. M. Chamoin emploie pour la faradisation une électrode externe bifurquée, c'est-à-dire à deux tampons, s'appliquant à chacun des orifices inguinaux.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

***

**21. — Prophylaxie et traitement du muguet chez les nouveau-nés.** — Le traitement du muguet dans les crèches et les maternités présente, on le sait, de réelles difficultés en raison de la présence, dans l'air, des spores du champignon et de la facilité avec laquelle ces spores peuvent de ce fait pénétrer dans la cavité buccale des nourrissons; la maladie se propageant alors d'un enfant à un autre devient alors parfois endémique.

Dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, M. J. Grosz relate une endémie de ce genre qui a régné pendant deux ans dans la clinique d'accouchements de M. Taufer, de Budapest.

Parmi les causes prédisposantes, on cite en première ligne l'âge des enfants ; or par une série d'examens de la muqueuse buccale des nouveau-nés, M. Grosz a pu se convaincre qu'il se forme quelques jours après la naissance, ou plus rarement au moment de la naissance, un enduit blanchâtre qui tire son origine de la desquamation normale de l'épithélium buccal. Cette desquamation débute également pendant la vie intra-utérine et son évolution continue pendant les premiers jours de la vie extra-utérine. Ce processus joint à la cohésion plus prononcée des cellules plates détermine l'apparition, sur la surface de la langue, d'un enduit grisâtre plus ou moins épais. Or cet enduit présente un terrain très favorable pour le développement du muguet. Les premiers îlots blanchâtres se forment, en effet, à la pointe et aux bords de la langue, à la surface interne des lèvres, c'est-à-dire là où la desquamation de la muqueuse est favorisée par la succion.

On incrimine encore les troubles digestifs dans la production du muguet. Ce fait est vrai pour la majorité des cas, mais on a constaté que chez certains malades la digestion est restée parfois normale. Le mauvais état hygiénique des salles d'hôpital joue également un très grand rôle dans la production du processus morbide et il est à peine nécessaire d'insister sur la fâcheuse influence de l'encombrement, de la ventilation insuffisante, du défaut de propreté et d'asepsie, etc. Cependant, M. Grosz n'est pas partisan du lavage prophylactique de la cavité buccale des nouveau-nés; bien au contraire, il trouve que le lavage et le frottement de la muqueuse qui desquame produisent des lésions plus profondes et ne permettent nullement de détruire toutes les spores dans les points inaccessibles au doigt par exemple, ou entre les cellules épithéliales. En outre, le lavage de la muqueuse buccale favorise la production des aphtes de Bernar, qui peuvent servir elles-mêmes de porte d'entrée à toutes les infections possibles.

Eroes, d'accord avec Epstein, Engel et beaucoup d'autres, a démontré par la statistique qu'avec le lavage de la cavité buccale, on a 14,8 pour 100 de muguet, tandis que sans ce lavage l'infection ne se produit que dans 3,62 pour 100. M. Grosz a eu 32,6 pour 100 de cas de muguet avec le lavage buccal pendant l'année scolaire 1893-1894.

Par contre, le nettoyage du mamelon, avant et après la tétée, est beaucoup plus efficace. En 1894-1895, l'auteur a complètement supprimé le lavage de la bouche et s'est surtout occupé de l'amélioration des conditions hygiéniques et a fait placer les nouveau-nés dans une infirmerie spéciale.

Dans les cas où l'enfant venait au monde à l'état d'asphyxie, on évitait même, autant que possible, d'exciter ou d'enlever les mucosités avec les doigts, et le lavage systématique de la cavité buccale ne se faisait qu'en cas de muguet manifeste. Malgré toutes ces précautions, malgré la désinfection complète des locaux, l'endémie continuait, on dut alors recourir à d'autres procédés et on fit usage d'une solution de 1 p. 100 de nitrate d'argent sous forme de badigeonnage de la muqueuse. Ces badigeonnages furent pratiqués chez tous les nouveau-nés sans exception, depuis le moment de la naissance jusqu'au jour de la sortie de l'hôpital.

Pour les enfants atteints de muguet on se servit de pinceaux spéciaux. Sur 216 cas traités par ce procédé, il n'y eut au cours de 5 mois (mars, avril, mai, juin, juillet), que 20 cas de muguet, c'est-à-dire 9,25 p. 100. Le badigeonnage prophylactique de la muqueuse buccale au nitrate d'argent a donc donné des résultats satisfaisants. Toutefois l'endémie n'a pas complètement cédé à ce moyen et l'auteur attribue ce fait à la virulence spéciale des champignons du muguet.

En résumé, M. Grosz rejette complètement le lavage de la bouche ; il insiste surtout sur la nécessité de bonnes conditions hygiéniques pour la prophylaxie et, en cas d'épidémie ou d'endémie, sur les badigeonnages préventifs au nitrate d'argent.

L'auteur passe ensuite à la symptomatologie des cas observés. Chez la plupart des petits malades, le muguet se présentait sous des formes légères, sans altération de l'état général. Les formes graves de la maladie constatées chez les enfants plus avancés en âge, les athrepsiques, les enfants nourris au biberon ou très affaiblis par une gastro-entérite chronique, chez lesquels le muguet empêche l'alimentation, n'ont jamais été observées par M. Grosz. Dans la plupart des cas il n'existait que les symptômes initiaux du muguet et ces accidents survenaient le plus souvent le 6e, 7e ou 8e jour après la naissance. Jamais il n'y eut de propagation aux voies respiratoires supérieures ; les symptômes locaux ne présentèrent rien de spécial.

Quant à la thérapeutique du muguet déjà déclaré, le lavage de la cavité buccale a donné de bons résultats dans des cas isolés, en ce sens que l'enduit se détachait. Il faut toutefois admettre que lorsque l'enduit persiste pendant plusieurs jours la guérison spontanée peut s'ensuivre ; l'épithélium buccal desquame, l'enduit est repoussé par des cellules épithéliales en voie de formation ; parfois le détritus est

entraîné par la déglutition, ce qui explique que Parot a pu trouver le muguet dans l'œsophage et l'estomac chez les enfants athrepsiques. Quoi qu'il en soit, M. Grosz conseille de faire le lavage avec une très grande prudence, si l'on veut éviter de provoquer mécaniquement des lésions de la muqueuse et de ce fait les infections qu'elles peuvent provoquer.

La solution de nitrate d'argent, pour le badigeonnage en cas de muguet déclaré, était de 3 pour 100 (au lieu de 1 pour 100 pour le badigeonnage prophylactique) et jamais il n'est résulté un inconvénient quelconque de l'emploi de ce procédé ; l'état général des petits malades restait satisfaisant, les enfants se nourrissaient et se développaient bien, si aucune autre cause ne venait entraver leur santé. Les effets thérapeutiques du nitrate d'argent sont dus à sa propriété antimycosique pour les spores et les filaments de l'oïodium albicans d'une part, et la coagulation de l'épithélium d'autre part. Il se forme un mince enduit gris blanchâtre, qui devient bientôt légèrement jaunâtre, se ramollit et se détache et laisse voir la muqueuse intacte. Dans certains cas, la guérison était assez rapide, la muqueuse se détergeait au bout de deux ou trois jours, tandis que chez d'autres malades la guérison survint beaucoup plus tardivement.

Au résumé, il ressort du travail de M. Grosz que le badigeonnage de la cavité buccale au moyen du nitrate d'argent doit être préféré au lavage simple de la bouche, pour les raisons suivantes : 1° on a l'effet thérapeutique de la substance médicamenteuse employée ; 2° par le badigeonnage on ne peut provoquer des lésions mécaniques de la muqueuse ; 3° le nitrate d'argent se répand sur presque toute la surface de la muqueuse buccale (par suite des mouvements de succion que fait l'enfant dès qu'on lui touche la pointe de la langue), de sorte que les points inaccessibles au doigt sont aussi touchés ; 4° enfin, on obtient ainsi une guérison plus rapide et l'opération est très simplifiée. (*Courrier médical.*)

***

**22. — Vagino-fixation de l'utérus.** (J. Wesley Bovee. *Virginia medical Monthly*, 1896.) — J. Wesley Bovee préconise, comme donnant d'excellents résultats dans les déplacements de l'utérus en arrière, la méthode de Mackenrodt, modifiée par Duhrssen. La femme étant dans la position de Simms, on tend avec des pinces la paroi vaginale antérieure et l'on y pratique, à partir du col, une incision

de 2 à 3 centimètres de longueur ; une seconde incision, de même longueur, croise la première en T, à sa partie postérieure. Les lambeaux disséqués, la vessie est portée en haut et en avant et trois fils sont passés à travers le corps de l'utérus, le tissu cellulaire sous-vésical et les lambeaux vaginaux. On refoule, s'il est nécessaire, le col utérin en arrière et l'on serre les sutures. Il est quelquefois indispensable de faire en outre un curettage, une trachélorrhapie ou une périnéorrhapie. Le principal avantage de cette méthode est de ne pas ouvrir la cavité péritonéale : son seul inconvénient consiste à rendre l'accouchement difficile, en cas d'une grossesse consécutive, qui se produit dans environ 18 °/₀ des cas.

***

**23.— Epithélioma du corps de l'utérus.** (Lefour. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.*) — Femme de 52 ans, célibataire, sans enfant, réglée ponctuellement de 14 à 49 ans ; il y a 3 ans, pertes de sang continues, prenant, à chaque mois, le caractère ménorrhagique, sans odeur caractéristique ; utérus mobile, très dur, un peu gros, légèrement douloureux. Dilatation du col à la laminaire ; le toucher digital utérin permet de reconnaître qu'au fond de l'organe, et à gauche, existent deux petites tumeurs pédiculées, de la grosseur, l'une d'une aveline, l'autre d'un haricot ; elles sont facilement extraites avec une pince ; curettage. L'examen histologique montra la nature épithéliomateuse de ces tumeurs. L'écoulement sanguin continu cessa, mais les ménorrhagies persistèrent. C'est là une observation nouvelle d'épithélioma du corps utérin développé chez une femme, au moment de la ménopause, sans aucun signe objectif autre que l'hémorrhagie.

---

# FORMULAIRE

*Traitement des rétro-déviations utérines à l'aide de la boucle en étain à courbure variable.*

(Jules Chéron.)

Lorsque l'utérus en rétroversion ou en rétroflexion ne peut pas être replacé facilement, par les divers procédés de réduction bi-manuelle préconisés par Schultze et par Thure Brandt, soit à cause de la mol-

lesse et de la flexibilitée exagéré de l'organe, soit à cause de son volume, le mode de traitement suivant m'a permis d'obtenir une réduction rapide :

J'ai eu l'idée d'employer, dans ce but, une sorte de pessaire de Sims, ayant la forme d'une boucle à peine courbée au niveau de ses barres antérieure et postérieure. Ce pessaire est en étain creux, et, par conséquent, très malléable.

Ayant choisi un pessaire de volume approprié, je le place dans le vagin, la barre postérieure engagée derrière le col, dans le cul-de-sac postérieur, la barre antérieure venant en avant du col, derrière le pubis, et, après avoir constaté que ce pessaire ne gêne nullement la malade, soit dans la marche, soit dans la station assise, je le laisse en place pendant trois à quatre jours.

Au bout de ce temps, le pessaire est retiré, aseptisé, la barre postérieure est légèrement relevée, ce qui est très facile à faire avec les pessaires en étain. Le pessaire, ainsi modifié, est replacé et laissé en place pendant trois à quatre jours.

A la troisième visite de la malade, enlèvement et nettoyage du pessaire dont la courbure est encore un peu augmentée, de façon à relever un peu plus le dossier postérieur. Replacement du pessaire.

On augmente ainsi, tous les trois à quatre jours, la hauteur du dossier du pessaire, à mesure que l'utérus durcit et diminue de volume sous l'influence de la stimulation exercée sur sa face postérieure par le contact permanent de la branche postérieure du pessaire.

Il faut rarement plus de sept à huit séances pour arriver à faire tolérer un pessaire à dossier très élevé, et, dès ce moment, l'utérus a repris progressivement une position d'antéversion très voisine de la position normale.

Dès lors, on n'a plus à modifier la forme du pessaire qu'on laissera en place pendant plusieurs mois consécutifs, sans avoir besoin de prendre d'autres précautions que d'assurer, par des injections bi-quotidiennes, l'asepsie du vagin.

Il importe de ne pas enlever le pessaire prématurément, sous peine de voir peu à peu la rétrodéviation se reproduire.

Quoi qu'il en soit, c'est le moyen le plus simple, le plus pratique et le mieux toléré que j'aie employé jusqu'ici, de réduire les rétrodéviations, et il m'a donné, même dans des cas anciens, des résultats vraiment rapides.

---

*Directeur-Gérant*, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

## AVIS AUX ABONNÉS

*L'administration de la Revue a l'honneur de prier MM. les abonnés de vouloir bien renouveler, sans retard, leur abonnement, s'ils veulent recevoir la* REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DES FEMMES *sans interruption, ou de la prévenir, dans le cas où ils désireraient cesser de recevoir la Revue.*

*Les abonnés peuvent envoyer le montant de leur abonnement en un mandat-poste à l'Administrateur de la Revue, 30, rue d'Astorg, Paris, ou le faire parvenir par un libraire commissionnaire.*

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — A PROPOS D'UNE RECTIFICATION.
II. — TRAITEMENT RATIONNEL DES DOULEURS PELVIENNES.
III. — LA DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE DES FIBROMES EST-ELLE FRÉQUENTE?

Notre Revue de Gynécologie du 1er janvier 1897 était consacrée à la démonstration de ce fait que le Dr Chéron n'a jamais abandonné sa méthode de traitement des tumeurs fibreuses par les intermittences rythmées du courant continu.

Ce n'était qu'une réponse à l'assertion contraire faite par

M. le Dr Danion dans sa lettre au « *Journal des Praticiens* » du 15 décembre dernier.

Nous avons reçu, depuis lors, une demande de rectification de M. Danion qui nous prie d'insérer une longue lettre dans laquelle il reprend à fond sa discussion d'autrefois avec M. Apostoli.

Nous considérons comme inutile de mettre en cause une tierce personne, étrangère au débat, ce qui nous empêche de publier la lettre de notre confrère.

Nous ne contestons aucune de ses découvertes et nous serions désolés de lui porter un préjudice quelconque. Nous avons simplement usé, vis-à-vis de lui, de notre droit de rectification, rectification qui portait non pas sur l'appréciation de la valeur toujours discutable d'une méthode, mais bien sur le fait matériel du non-abandon d'un procédé thérapeutique.

II. — Nos lecteurs savent combien nous nous préoccupons des rapports de l'hystérie et de la neurasthénie avec les affections pelviennes et ils ont peut-être gardé le souvenir de l'étude que j'ai publiée, il y a 4 ans déjà, sur la *séméiologie et le traitement des grandes névralgies pelviennes* (1), à une époque où l'hystérectomie était présentée comme le remède suprême des douleurs pelviennes liées, disais-je, à l'état névropathique de la malade beaucoup plus qu'aux lésions locales de l'utérus et des annexes. Depuis lors, le Dr Chéron a étudié les utéroptoses dans leurs rapports avec les interventions chirurgicales et les a rapportées à la neurasthénie qu'il importe de combattre autant et plus que l'abaissement de l'utérus lui-même. Nous avons insisté, à plusieurs reprises, sur la nécessité étroite dans laquelle se trouve le gynécologiste, s'il veut faire œuvre utile, de bien connaître et de bien traiter la neurasthénie, si fréquente chez un grand nombre des malades que nous avons à soigner ; les injections hypodermiques de sérum artificiel, suivant les règles établies par le Dr Chéron dans son important

(1) J. Batuaud : *Rev. des mal. des femmes*, janvier 1893.

ouvrage sur les *Lois générales de l'hypodermie*, nous rendent, à ce point de vue, des services considérables, que nous rappelons une fois de plus à nos lecteurs.

La *Clinique de Montréal*, dans son numéro de février 1897, nous apporte, sous la signature du Dr Webster, un nouveau plaidoyer en faveur du traitement rationnel des douleurs pelviennes, chez la femme. Ces idées sont trop conformes aux nôtres pour que nous résistions au plaisir de citer quelques extraits de cet intéressant article.

« Lorsqu'on se trouve en présence de douleurs pelviennes, dit M. Webster, il faut avoir présents à l'esprit, les points suivants :

1° Les douleurs peuvent être dues à des lésions pelviennes suffisantes à les causer par elles-mêmes.

2° Les douleurs peuvent exister en même temps que des lésions minimes, capables, tout au plus, de causer de légères souffrances.

3° Les douleurs peuvent être un symptôme pelvien associé à quelque condition incapable, par elle-même, de produire ce symptôme.

4° Elles peuvent être un symptôme prédominant dans certains cas où un changement d'aucune sorte n'existe dans les organes du petit bassin.

Il est, dès lors, évident que d'autres facteurs que les troubles locaux peuvent être mis en cause pour expliquer les phénomènes objectifs que nous considérons.

Parmi ces derniers, les troubles nerveux, la névrose dans l'acception la plus large du mot, tiennent la place principale. Cet état est rapporté au bassin de manières variées.

Dans un groupe de cas, des lésions locales, capables ou non par elles-mêmes, de produire les symptômes douloureux, peuvent avoir été la cause primaire d'une complication névropathique. Et plus l'état nerveux s'accentue, plus les douleurs pelviennes acquerreront d'intensité, la réaction nerveuse se manifestant au siège même de la lésion primaire.

Dans une autre classe de malades, il peut y avoir une très

légère affection pelvienne causant un léger malaise. L'état nerveux peut être dû à une cause tout à fait étrangère au bassin et se manifester par de violentes douleurs rapportées, par la malade, à la lésion pelvienne.

Dans une autre variété, chez des malades fortement névropathiques, on verra de violentes douleurs pelviennes exister en l'absence de lésions d'aucune sorte.

D'autres malades offrent cette particularité que la douleur pelvienne est, pratiquement, la seule manifestation de l'état névropathique. Ces cas peuvent être assimilés à ceux dont « l'idée fixe » constitue le caractère.

Dans d'autres cas, la douleur persiste, par continuation de l'action réflexe, après que la lésion causant les douleurs a été guérie. Dans ces cas, le système nerveux de la malade a si bien enregistré la douleur qu'il continue à la reproduire par habitude et en dépit de tout contrôle possible de la part des centres nerveux d'ordre plus élevé. La biologie a démontré que cette manière d'impressionner le système nerveux est indiscutable. On trouve, de ce phénomène, un exemple frappant dans la continuation des douleurs dans les mêmes orteils, après et même longtemps après qu'un pied goutteux a été amputé. »

« Il est bien moins malaisé, dit encore M. Webster, de faire quelques entailles, d'appliquer quelques points de suture que d'analyser avec soin et patience un cas embarrassant, difficile, et d'employer toute votre énergie, toute votre volonté à maîtriser un système nerveux détraqué. »

Enfin, l'auteur insiste sur ce fait que le médecin doit être bien pénétré de cette pensée « que l'esprit a sur l'organisme un pouvoir transcendant ; que les effets des maladies peuvent être considérablement modifiés par les influences capables d'agir sur les centres cérébraux et cela spécialement dans les troubles dus aux névroses. » Le médecin « se fera dès lors une loi, lorsqu'il traitera une douleur pelvienne chez la femme, non seulement d'employer les moyens locaux et opératoires, non seulement de l'aider des toniques généraux, mais de convaincre la malade qu'il faut de toute nécessité éloigner de son

esprit la pensée de ses troubles pelviens ; de lui enseigner de se contrôler ; de la consoler; de lui enlever la crainte et l'inquiétude sur la gravité de son état et de lui faire comprendre l'importance qu'il y a à contre carrer le développement de toute névropathie qui pourra se manifester chez elle. »

III. — Quelque partisan que l'on puisse être de la non-intervention dans les tumeurs fibreuses, et cela surtout en raison de la mortalité toujours élevée de l'hystérectomie appliquée aux cas de fibro-myomes, il est certain que l'on devrait modifier ses idées à ce sujet si la dégénérescence maligne des fibromes après la ménopause était fréquente. M. Jacobs (de Bruxelles) soutient, d'après son expérience personnelle, que les fibromes dégénèrent souvent en cancer et il y voit une raison de plus pour opérer, de parti pris, dès que le diagnostic est posé, tous les fibromes, quels qu'ils soient, même en l'absence de toute complication.

Nous croyons, pour notre part, que M. Jacobs est tombé sur une série exceptionnellement grave et que, jusqu'à plus ample démonstration, il convient de tenir les tumeurs fibreuses pour des tumeurs bénignes qui n'entraînent plus d'accidents après la ménopause et le plus ordinairement finissent par s'atrophier après la cessation des règles. Nous restons, par conséquent, partisans convaincus de la non-intervention.

Voici, d'ailleurs, la réponse que le Dr Dorff (de Bruxelles) a faite à l'opinion ci-dessus exposée de M. Jacobs, d'après le compte-rendu officiel de la *Société belge de Gynécologie* (séance du 22 nov. 1896).

« M. Jacobs a dit à différentes reprises, et notamment dans notre dernière séance, qu'il considère un fibrome comme une tumeur plus ou moins maligne dont l'extirpation immédiate est toujours indiquée. Pour justifier cette manière de voir, il se base sur ses observations personnelles qui lui ont montré que la plupart des fibromes ne diminuent pas après la cessation

des règles; qu'au contraire, ils augmentent et même qu'ils dégénèrent le plus souvent en tumeurs malignes. Tout chirurgien expérimenté déduit les indications et les conclusions quant à la nécessité de faire telle ou telle opération tout d'abord de ses propres observations et expériences, mais en tenant toujours compte, dans une certaine mesure, de celles d'autres chirurgiens. C'est ainsi qu'il existe certaines questions dans notre spécialité qui ne peuvent être résolues que par un travail commun, par les observations accumulées de différents chirurgiens et par une critique sans parti pris. Il en est de même de la question de savoir si les observations de M. Jacobs sont corroborées par les observations des autres. Je m'occupais déjà de gynécologie à une époque où l'opération du fibrome, à cause de sa gravité, n'était exécutée que lorsqu'il y avait indication vitale. J'ai donc pu suivre la marche d'un grand nombre de fibromes avant et après le retour d'âge. J'ai souvent pu, chez la même personne, assister à l'évolution du fibrome, non seulement pendant la vie gestative, mais même après la ménopause. Je puis affirmer que bien rarement, à cette époque, se présentaient des indications suffisantes pour nous autoriser à intervenir autrement que par le traitement symptomatique, qui alors constituait la pratique générale admise par tous.

Il y a vingt et un ans, c'est-à-dire en 1875, Hegar a exécuté la première myomectomie par laparotomie en Allemagne. Aujourd'hui on ne comprendrait pas les attaques, les reproches que Hegar a dû subir par les adversaires de l'opération à cause de cette prétendue hardiesse. Aussi fallut-il attendre que le temps eût amené, chez les esprits prévenus, un revirement notable pour que l'on songeât à proposer la myomectomie. Vers 1876 succédait la période de castration appliquée aux fibromes, opération introduite dans notre spécialité par Hegar. A part les deux premiers cas de castration, j'ai assisté pendant près de quatre ans à toutes les castrations faites par Hegar pour fibrome. Vous comprenez, Messieurs, que dans une clinique d'où émanait une nouvelle méthode opératoire qui fit tant de bruit, qui enthousiasmait tout le monde et qui rendait à des

milliers de femmes la santé, des malades atteintes de fibromes affluaient en grand nombre de tous les coins du monde. J'ai donc trouvé dans cette clinique une occasion exceptionnelle d'observer un nombre considérable de fibromes de toutes formes, de tout âge, et autant que je me rappelle, je n'ai jamais rencontré un fibrome dégénéré. Ce n'est qu'à Bruxelles que j'ai observé une tumeur maligne de la matrice chez une femme de 64 ans ; elle n'avait jamais souffert auparavant.

J'ignore si cette dégénérescence s'est portée sur un ancien fibrome. Un cancer, accompagné d'un fibrome, est tout simplement une complication de celui-ci. J'en ai observé deux. On a même cru erronément, à une certaine époque, que le fibrome de la matrice la garantit contre le cancer.

Contrairement à ce que l'expérience m'a démontré, M. Jacobs a rencontré un si grand nombre de fibromes dégénérés après la cessation des règles que, pour ce motif, il est d'avis que la simple constatation d'un fibrome chez une femme entraîne une intervention chirurgicale et immédiate. Le hasard, parfois, ménage au chirurgien toute une série de cas identiques dont l'accumulation accidentelle peut modifier momentanément une opinion. Quoi qu'il en soit, les observations recueillies par M. Jacobs, ne fussent-elles même pas l'effet d'un hasard heureux, devraient-elles encore, avant d'en accepter la déduction, être vérifiées et corroborées par des observations analogues émanant d'autres chirurgiens. Si cela était, il devient certain que la limite des indications opératoires, encore assez restreintes pour un grand nombre de chirurgiens et des plus distingués, devrait être considérablement reculée. Quant à moi, je serais le premier à accepter ces larges indications avec enthousiasme. Nous serions alors délivrés de ce grand embarras de juger consciencieusement chaque fois qu'un fibrome se présente à nous, si l'intervention chirurgicale est indiquée d'après les multiples symptômes dus à la tumeur. Il n'en est malheureusement pas ainsi, et pour vous prouver, Messieurs, qu'à l'heure actuelle cette question est encore loin d'être suffisamment éclairée et unanimement résolue, je donne la parole au pro-

fesseur Sänger, ancien maître de Jacobs. Sänger a émis, dans la Société de gynécologie de Leipzig, le 17 février 1896, son jugement en cette question, jugement basé sur ses observations et ses expériences personnelles. Voici dans quels termes il s'exprime :

Il est donc constaté, d'une façon absolue, que la plupart des fibromes, même d'une grandeur considérable, n'augmentent plus après l'âge climactérique retardé ; qu'ils deviennent souvent plus petits et même peuvent disparaître au point de ne pas être reconnaissables au toucher.

S'il n'était pas ainsi, se demande-t-il, comment pourrait-on expliquer que chez les femmes d'un âge avancé les fibromes se rencontrent si rarement, alors que Bandl a établi que 10 % des femmes prises dans leur ensemble sont atteintes de fibromes. Si, par hasard, on trouve un fibrome chez une femme vieille, ce fibrome est alors calcifié. La recrudescence d'un fibrome, aussi bien que sa dégénérescence en myosarcome et sarcome, après la cessation des règles, sont très rares ; même il n'est pas encore démontré qu'il y a des myosarcomes qui se sont produits par la transformation des fibres musculaires en cellules sarcomateuses. Les fibromes diminuent par métamorphose graisseuse, diffuse et moléculaire ; par la formation d'infarctus qui déterminent la nécrose graisseuse du tissu dans un espace plus ou moins grand ; par l'apoplexie ; par la formation passagère de cavités et sans compter que les fibromes peuvent s'éliminer assez souvent par les voies naturelles à l'âge critique.

« Le résultat des observations du professeur Sänger est donc tout à fait contraire à celui auquel arrive M. Jacobs.

« En d'autres termes : il n'est nullement démontré jusqu'à présent que la majorité des fibromes subit la dégénérescence. Je n'ai d'autre intention pour le moment, en relevant la différence qui existe entre les observations de ces deux auteurs, que d'attirer votre attention et de vous engager de tenir bien compte de toutes vos observations qui se rapportent à cette question. Pour mettre en lumière le pour et le contre, et pour

éviter toutes les discussions ultérieures, il faudrait aussi mettre dans cette statistique les cas de fibromes qui, à partir de la ménopause, diminuent, disparaissent, qui, en un mot, ne produisent plus aucun symptôme. Aussi arriverons-nous à une statistique comparative de la plus haute valeur, surtout concernant les indications opératoires ».

Jules BATUAUD.

---

# TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(15e *article, voir les nos précédents, à partir de janvier 1895.*)

## Du massage gynécologique. (*Suite*). (1).

### LE MASSAGE DANS LES RÉTRODÉVIATIONS ADHÉRENTES,

Par le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

SOMMAIRE. — Pathogénie des rétrodéviations adhérentes. Les adhérences sont la conséquence d'un processus inflammatoire péri-utérin : paramétrite d'origine puerpérale ou pelvi-péritonite localisée consécutive à une infection tubaire. Rôle des salpingites dans la production de certaines rétrodéviations où le déplacement utérin est la conséquence de la guérison des lésions annexielles.

Classification des rétrodéviations adhérentes : 1° Rétrodéviations adhérentes par paramétrite chronique avec prolapsus concomitant des annexes, mais sans lésions kystiques tubo-ovariennes ; 2° rétrodéviations adhérentes par pelvipéritonite localisée, sans salpingo-ovarite actuellement existante ; 3° rétrodéviations adhérentes avec lésions inflammatoires actuelles des annexes.

Extension progressive des adhérences par le massage directement applicable aux deux premières variétés.

Nécessité de traiter d'abord les lésions annexielles, dans la 3e variété.

Emploi des moyens adjuvants du massage dans tous ces cas : utilité des injections chaudes, des lavements d'eau chaude, de la columnisation du vagin à la glycérine ichthyolée, du traitement tonique général et en particulier des injections hypodermiques de sérum artificiel.

Un grand nombre de chirurgiens classent, actuellement, les rétrodéviations adhérentes en deux variétés :

(1) Voir, sur le massage gynécologique, les numéros d'avril, mai, juillet et décembre 1896 et de janvier 1897.

1° Celles qui s'accompagnent de lésions annexielles constatables à l'examen bi-manuel ;

2° Celles qui ne s'accompagnent pas d'augmentation de volume des annexes, mais seulement de brides cicatricielles, résidu d'un processus inflammatoire pelvien depuis longtemps éteint.

Dans le premier cas, disent-ils, ce sont les lésions annexielles qui dominent la situation et il faut les combattre directement par telle ou telle opération, sans se préoccuper du déplacement utérin. Les annexes enlevées, car c'est à cette conclusion qu'on aboutit ordinairement en pareille circonstance, les douleurs cessent et la rétrodéviation, désormais bien tolérée, peut être négligée et ne nécessite aucun traitement spécial.

Dans le second cas, la rétrodéviation est un processus de guérison qui ne mérite pas vraiment le nom de maladie et il n'y a pas davantage à s'en préoccuper.

Si nous acceptions cette manière de voir, nous n'aurions pas à écrire le présent chapitre.

Sans doute, il existe des cas de rétrodéviation adhérente qui ne s'accompagnent ni de gêne de la marche, ni de sensations douloureuses de pression sur le rectum, ni de dysurie sous une forme quelconque. Il est alors parfaitement logique de laisser les choses en l'état et l'expectation absolue est justifiée.

Mais combien sont plus fréquents les cas de rétrodéviation adhérente entraînant des troubles notables et nécessitant un traitement actif !

Ce traitement mérite donc toute notre attention.

Afin de le discuter utilement, disons d'abord quelques mots de la pathogénie des rétrodéviations adhérentes.

Les adhérences sont toujours la conséquence d'un processus inflammatoire péri-utérin : paramétrite puerpérale ou pelvi-péritonite localisée consécutive à une infection tubaire. Il est facile de comprendre qu'un utérus en rétroversion mobile se transforme en rétroversion fixe par le fait de cicatrices paramétriques ou de tractus plus ou moins solides dus à l'organisation d'un exsudat de pelvi-péritonite.

La rétrodéviation préexiste, dans cet ordre de faits, aux adhérences qui la rendent fixe et immuable.

Mais un utérus en antéversion peut se transformer en rétroversion adhérente par un mécanisme bien curieux que nous avons observé un certain nombre de fois :

Par suite d'une infection, ordinairement blennorrhagique dans nos observations personnelles, les trompes sont rapidement envahies après la cavité utérine, les annexes augmentent de volume et se mettent en prolapsus derrière l'utérus toujours en position normale. De la périsalpingite, un exsudat du cul-de-sac de Douglas fixent les annexes en arrière et les accolent en même temps au rectum et à la face postérieure de l'utérus. Puis, peu à peu, les trompes évacuent leur contenu dans la cavité utérine, les exsudats s'organisent en diminuant de volume, et, à mesure que la masse inflammatoire annexielle et péri-annexielle se rétracte, l'utérus se met en rétroversion de plus en plus accentuée. Si les lésions annexielles ont été très prédominantes d'un côté, l'utérus sera dévié surtout de ce même côté et il y aura une latérodéviation en même temps qu'une rétrodéviation.

Au point de vue pratique, on peut classer les rétrodéviations adhérentes en trois variétés :

1° Rétrodéviations adhérentes par paramétrite chronique sans lésions inflammatoires des annexes ; il s'agit, le plus souvent, dans ces cas, de rétrodéviations consécutives à une infection puerpérale, qui a causé à la fois et la déviation en arrière et la fixation de cette déviation par des adhérences paramétriques. Si le cas est ancien, les annexes sont prolabées, plus ou moins troublées dans leur circulation par suite de leur situation vicieuse dans le bassin, mais elles ne sont pas le siège de véritables lésions inflammatoires.

2° Rétrodéviations adhérentes par pelvi-péritonite localisée, sans salpingo-ovarite actuellement existante. Nous admettons, pour les cas qui rentrent dans cette variété, que, plus ou moins anciennement, il y a eu une poussée inflammatoire du côté des annexes,

mais cette inflammation est éteinte actuellement ; il n'en reste d'autre vestige que les adhérences péritonéales.

3° Rétrodéviations adhérentes avec lésions inflammatoires actuelles des annexes.

Dans cette troisième variété, c'est le traitement des lésions annexielles qui doit tout d'abord préoccuper le gynécologiste. Il ne s'en suit pas forcément qu'on doive recourir d'emblée à la castration, mais ce n'est pas ici le lieu de discuter la thérapeutique des salpingo-ovarites. Tout ce que nous devons dire, c'est que *le massage est contre-indiqué temporairement* jusqu'à ce que, si la chose est possible, l'on ait obtenu la guérison des lésions annexielles. Le cas rentre alors dans la seconde variété.

Dans les deux premières variétés, au contraire, le massage est indiqué et c'est à lui qu'on devra s'adresser pour faire l'extension progressive des adhérences.

« D'une manière générale, dit Vulliet (1), lorsqu'il s'agit de déviations fixes, le massage doit consister en une gymnastique passive tendant à faire progressivement exécuter à cet organe les mouvements dont il est susceptible à l'état normal. *Il faut procéder comme lorsqu'on a affaire à une articulation ankylosée.* Les premiers mouvements sont les plus difficiles à déterminer ; mais insensiblement les oscillations deviennent plus grandes, soit que les tissus immobilisateurs s'étendent, soit qu'ils se résorbent complètement. »

Il s'agit donc de reconnaître, avant tout, où se trouvent les adhérences, puis de relever peu à peu l'utérus en allongeant progressivement ces adhérences sur lesquelles on fera des pressions circulaires très douces à mesure qu'elles deviendront accessibles au palper bi-manuel. Ce résultat ne sera obtenu que par des réductions partielles de plus en plus complètes pour lesquelles on emploiera les procédés décrits dans le précédent article.

L'extension progressive des adhérences demande une certaine légèreté de main ; toute manœuvre de force est interdite en pareil cas.

(1) Loc cit., p. 218.

Thure Brandt (1) nous le dit en propres termes :

« Le danger que l'on doit toujours craindre dans le traitement des affections pelviennes : la formation de nouveaux exsudats para ou périmétriques, doit particulièrement être pris en considération ici, parce que cette dangereuse complication se produit très facilement en développant un effort un peu grand pour l'extension des ligaments. C'est pourquoi on doit toujours se tenir à cette règle : *plutôt trop peu que trop en une fois*, attendu que la fois d'après on pourra gagner d'autant plus. »

Quelque remarquable que soit le massage d'allongement et la résolution des adhérences péri-utérines, nous ne saurions trop conseiller de lui associer les moyens résolutifs dont l'utilité est chaque jour constatée :

1° Les injections vaginales chaudes indiquées à tant de points de vue, en pareil cas :

2° Les grands lavements d'eau chaude dont on apprécie de mieux en mieux la valeur résolutive dans les exsudats siégeant dans le cul-de-sac de Douglas et autour des annexes ; ils agissent en outre mécaniquement sur les ligaments utéro-sacrés et sur l'utérus ;

3° La columnisation des culs-de-sac avec des tampons imbibés de glycérine ichthyolée, déjà décrite dans un de nos chapitres précédents ; elle assouplit les culs-de-sac et facilite ainsi notablement les manœuvres de réduction ;

4° Le traitement tonique général et en particulier les injections hypodermiques de sérum artificiel.

(*A suivre.*)

(1) Loc. cit., p. 26.

# ESSAI DE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE

## par l'ovarine et le suc ovarien (1),

PAR MM.

P. Spillmann, Professeur de clinique médicale. et G. Etienne, Professeur agrégé à la Faculté.

La pathogénie de la chlorose est encore à faire. Dire que c'est une maladie globulaire n'est pas expliquer sa genèse.

Mais on connaît la fréquence des troubles menstruels dans la chlorose. D'autre part, Charrin nous a montré que le sérum du sang d'une femme est plus toxique au moment de la période cataméniale ; bien des femmes réglées ont de la fièvre, de l'herpès, de la migraine, des accidents nerveux, quand elles sont nourrices, elles donnent la diarrhée à leurs nourrissons, et tous ces symptômes disparaissent quand les règles s'établissent.

Il semble donc que la menstruation débarrasse l'organisme de certains principes toxiques. De là à considérer la chlorose comme une intoxication d'origine menstruelle ou génitale, il n'y a qu'un pas.

La glande ovarienne peut être considérée : 1° comme une glande ayant une *sécrétion externe, celle de l'ovule* ; 2° comme une glande chargée *d'éliminer* par le sang menstruel l'*excès des toxines organiques* qui se forment en excessive quantité dans l'organisme féminin et dont Charrin a montré l'augmentation avant la période cataméniale ; 3° Enfin nous nous sommes demandé si l'ovaire ne serait pas, de même que son homologue le testicule, une glande pourvue d'une *sécrétion interne* jouant un rôle important dans la nutrition générale.

On peut admettre que, dans la chlorose, il se produit un trouble des fonctions ovariennes. La chlorose apparaît au moment de la croissance, c'est-à-dire lorsque, à côté du développement

(1) Communication au Congrès de Médecine, session de Nancy.

progressif de l'organisme, certains organes tels que les ovaires, les seins et le corps thyroïde chez les jeunes filles, les testicules et le larynx chez les garçons, le cœur, etc., subissent une véritable poussée de croissance. Si, pour un motif quelconque, dès le début de cette évolution, l'ovaire reste en retard, il y a retard de l'instauration menstruelle ; si, une fois cette fonction établie, le développement de l'ovaire ne se tient pas au niveau du développement de tout l'organisme, il y a insuffisance ovarienne ; d'autres fois, il y a un véritable état miopragique, et l'équilibre peut être rompu sous l'influence d'une cause parfois minime.

Dans tous ces cas, les fonctions multiples de l'ovaire sont modifiées ; on voit cesser l'ovulation et, secondairement, en même temps qu'elle, le flux menstruel. On peut objecter que des chlorotiques ont parfois des règles très abondantes et à intervalles rapprochés ; c'est vrai, mais le sang est dans ces cas très clair. Comme le remarque Charrin, il en est peut-être de l'ovaire comme du rein ; la néphrite interstitielle s'accompagne d'une polyurie très abondante, et cependant la toxicité totale de cette urine est inférieure à la toxicité d'une urine normale.

Enfin cessera aussi la sécrétion interne dont le produit ne jouera plus son rôle antitoxique. Comme conséquence, intoxication générale de l'organisme se manifestant par les signes cliniques de la chlorose.

Mais ce mauvais état général réagit à son tour sur chaque organe en général et sur l'ovaire en particulier, dont les fonctions glandulaires troublées ne peuvent se rétablir dans ces conditions. Ce serait, on le voit, un véritable cercle vicieux.

Que maintenant on rende à l'organisme ce produit ovarien de sécrétion interne, peut-être pourra-t-on faire cesser l'intoxication, modifier l'état général et guérir l'affection ovarienne locale.

Telles sont les considérations théoriques qui nous ont amené, dès le mois de février 1896, à tenter le traitement de la chlorose par l'injection ou l'absorption gastrique de la substance ovarienne.

Nous nous sommes servi de trois produits différents : 1° des ovaires de brebis à l'état frais ; 2° de l'ovarine, poudre d'ovaire

desséchée qui nous est fournie par Merck, de Darmstadt ; 3° du suc ovarien préparé suivant la méthode de Brown-Séquard et d'Arsonval, suc obtenu par macération dans la glycérine anhydre, de telle sorte que chaque centimètre cube de liquide injectable renferme exactement les principes solubles contenus dans 0,10 centigr. de substance ovarienne pure ; puis on filtre sous pression de 60 atmosphères. C'est donc une solution au 1/10.

Voyons maintenant très brièvement les résultats obtenus :

Nos recherches ont porté sur six malades atteintes de chlorose pure, qui ont reçu une dose journalière de 1 c. cube d'extrait glycériné ou 1 à 5 grammes de poudre d'ovaires desséchés, administrée en cachets.

Toutes nos malades, dès la première prise, ont éprouvé des douleurs très vives localisées surtout dans la région du bas-ventre, des reins, accompagnées de céphalée et de douleurs vagues dans les muscles des jambes.

A ce moment également, chez deux malades nous avons vu la température s'élever de quelques dixièmes, arrivant à 37°8, 37°9 et 38°. Le pouls, à 76-80 avant l'administration du médicament, montait à 90-96-100.

Tous ces phénomènes ont été surtout sensibles par l'emploi de l'ovarine.

Chez trois de nos malades les résultats éloignés ont été nettement favorables ; rapidement l'état général s'est remonté, la pâleur excessive a diminué, les forces sont revenues.

Chez une malade le nombre des globules rouges était à son entrée au service de 4 millions 123,000 et trente-huit jours plus tard de 5 millions 157,000 ; chez une autre le nombre des globules s'est élevé rapidement de 2 millions 280,000 à 3 millions 327,000.

Chez l'une de nos malades, la réapparition des règles, supprimées depuis trois mois et demi, s'est effectuée au quinzième jour du traitement, et la menstruation se fit régulièrement le mois suivant. Chez une autre malade nous avons vu les règles se rétablir au bout de trois mois.

Voici comme exemple deux de nos observations :

## OBSERVATION I.

Jeanne L..., 21 ans, lingère à l'hôpital, entre à la clinique le 19 mars 1896, salle XIV, lit n° 12 *bis*, en proie à une chlorose très intense dont les débuts remontent à environ 3 mois ; type clinique très classique.

Au moment des époques, douleur vague dans le ventre, excitation nerveuse ; aménorrhée depuis trois mois et demi.

Le 21 mars, on administre à la malade trois cachets d'ovarine, à la dose de 1 gr. chacun ; une demi-heure après chaque prise, elle éprouve des douleurs assez vives dans le bas-ventre et à la région épigastrique, de la céphalée et des palpitations cardiaques. — Pas de vomissements.

Le 22 et le 23, mêmes phénomènes, sans aucune modification.

Le 24, la céphalée, les douleurs abdominales, les palpitations se produisent, mais atténuées.

Le 25, pas d'accidents jusqu'à 4 heures 1/2 du soir ; à partir de ce moment, jusqu'à 8 heures 1/2, céphalée et palpitations.

Le 26, céphalée et douleurs dans les jambes, mais pas de douleurs abdominales. — Cinq cachets de 1 gr.

A partir du 28 mars, on remplace l'ovarine par une injection de 1c.c. d'extrait glycériné au 1/10 ; la malade n'éprouve plus de palpitations, ni de douleurs abdominales, mais la céphalée et les douleurs musculaires persistent.

6 avril. — Apparition des règles ; le sang est peu coloré d'abord, mais devient normal le lendemain.

On note également depuis plusieurs jours le retour de la coloration des joues et des muqueuses.

8 avril. — En plus des injections de suc ovarien, on administre deux grammes de poudre desséchée.

Le 13, la malade constate que l'absorption du produit ovarien ne donne plus de palpitations, mais elle éprouve de la somnolence et s'endort pendant environ une heure. L'amélioration persiste et s'accentue.

Le 7 mai, la malade attend ses règles, qui surviennent le 12, précédées et accompagnées de flueurs blanches, de quelques douleurs dans le bas-ventre. L'écoulement menstruel dure trois jours.

Le 4 juin, la malade, guérie, va achever sa convalescence à la campagne.

Nombre de globules rouges :

22 *mars*, 4,123.000 ; 8 *mai*, 5.157.000.

## OBSERVATION II.

Marie M..., âgée de 18 ans, infirmière employée à la cuisine de l'hôpital, entre à la clinique le 14 février 1896.

Chlorose classique des plus accentuées ; pâleur de porcelaine ; bouffissure des tissus ; un peu d'œdème malléolaire.

Instauration menstruelle à 15 ans, dans les conditions normales ; depuis un an, les règles sont très irrégulières, très peu abondantes.

23 février. — On fait absorber à la malade quatre ovaires de brebis découpés dans du bouillon. — Repos absolu au lit.

Les jours suivants, la malade continue à prendre des ovaires lorsque nous pouvons nous en procurer, c'est-à-dire assez irrégulièrement.

Le 1er mars. — Quelques douleurs abdominales vagues, épistaxis abondante, mais pas de menstrues.

4 mars. — On note une diminution notable de la bouffissure de la face ; la pâleur est moins mate ; la malade dort bien, a bon appétit.

Mais en raison de la difficulté de se procurer les ovaires de brebis et des irrégularités imposées au traitement, nous nous procurons de la poudre d'ovaire desséchée fournie sous le nom d'*ovarine*, par Merck, de Darmstadt.

La première prise a lieu le 16 mars, à la dose de trois cachets de 1 gr. chacun ; même dose journalière jusqu'au 23 mars. Chaque fois, environ une demi-heure après l'absorption, apparition de douleurs abdominales, de céphalée et de palpitations. Des phénomènes identiques se sont produits chez quatre malades de la salle, auxquelles nous avions fait prendre l'ovarine comme étude comparative.

23 et 24. — On suspend le traitement, les accidents douloureux ne se produisent pas.

25. — Reprise des cachets et réapparition de ses conséquences.

26. — On remplace l'ovarine par des injections journalières d'extrait glycériné à 1/10.

28. — Céphalée ; épistaxis peu abondante, névralgies.

7 avril.— Il n'y a plus eu ni céphalée, ni douleurs abdominales. A partir de ce jour, on donne simultanément cachets et injections.

Pendant les jours suivants, réapparition de douleurs abdomi-

nales vives, surtout le soir, et empêchant le sommeil ; la tête est lourde, mais pas de palpitations.

23. — Le visage est beaucoup moins pâle, moins bouffi, les muqueuses sont légèrement colorées.

28. — La malade se sent notablement plus forte ; elle peut, sans essoufflement, monter les escaliers de service.

11 mai. — Depuis quelques jours, la malade est un peu plus pâle que précédemment.

14. — Leucorrhée ; douleurs dans le bas-ventre ; la malade croit qu'elle va voir venir ses règles, mais son espoir est déçu.

La malade quitte le service le 17 mai, et continue à prendre de l'ovarine.

La menstruation ne se rétablit qu'en juillet.

12 août. — Etat général bon, guérison à peu près complète.

Chez cette malade, outre les phénomènes signalés, l'absorption de l'ovarine s'accompagnait d'une notable élévation de température et d'une accélération du pouls :

| | | Avant | Après, d'heure en heure. | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 26 *mars*. — | 1er cachet. | T. = 37°5 | T. = 38° | 37°6 | 37°1 |
| | 2e cachet. | T. = 37°7 | T. = 37°5 | 37°6 | 38° |
| | | P. = 84 | P. = 84 | 92 | 76 |
| 27 *mars*. — | 1er cachet. | T. = 37°6 | T. = 37°8 | 37°5 | 37°7 |
| | | P. = 76 | P. = 76 | 96 | 80 |
| | 2e cachet. | T. = 37°7 | T. = 37°7 | 38° | 37°8 |
| | | P. = 84 | P. = 84 | 98 | 84 |

NUMÉRATION GLOBULAIRE.

23 *février*. — Débuts du traitement :

| | | |
|---|---|---|
| | Globules rouges..... | 2.015.000 |
| | Déformés..... | 713.000 |
| | Globules blancs..... | 2.750 |
| | Hématoblastes..... | 21.700 |
| 18 *avril*. — | Globules rouges..... | 2.700.000 |
| | Déformés..... | 527.000 |
| 15 *mai*. — | Globules rouges..... | 2.987.000 |
| | Déformés..... | 349.000 |
| | Globules blancs..... | 3.700 |
| | Hématoblastes..... | 24.000 |

En résumé, l'ovarine, en favorisant l'élimination des toxines et en introduisant dans l'organisme un principe antitoxique, semble avoir, dans le traitement de la chlorose, une action éminemment favorable sur l'état général, sur l'augmentation du nombre des globules rouges, sur la réapparition de la menstruation.

---

# REIN FLOTTANT

Par J. Sottas

—

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Debove, à l'hôpital Beaujon, une femme âgée de 33 ans, atteinte d'une néphroptose à la vérité peu accentuée, mais accompagnée d'un cortège de symptômes fonctionnels si pénibles que l'idée d'une *néphropexie* pratiquée chez une femme jeune et encore vigoureuse semble tout d'abord assez rationnelle.

L'examen physique de la malade permet d'établir, ainsi que nous l'avons dit, l'existence d'une mobilité anormale du rein droit.

L'organe, dans les mouvements d'expiration, descend d'un travers de main au-dessous du rebord des fausses côtes et se rapproche de l'ombilic ; l'extrémité inférieure peut être facilement saisie par la manœuvre classique, la pression fait éprouver au sujet la sensation particulière caractéristique et l'échappement a lieu avec un ressaut brusque comme de coutume.

En examinant systématiquement les organes de la malade, on ne trouve d'ailleurs aucun autre signe physique pathologique, sauf une diminution légère de la respiration au sommet gauche du poumon avec obscurité du son à percussion ; et c'est là tout ce qu'on trouve.

Par contre, nous sommes en présence de troubles fonctionnels considérables et multiples dont un grand nombre peut être vraisemblablement attribué à la néphroptose. Chez cette malade il y a encore tout un groupe de symptômes fonctionnels qui attirent l'attention vers les organes génitaux internes. Disons tout de

suite qu'elle a été de ce côté l'objet de plusieurs interventions chirurgicales et qu'actuellement, bien qu'il existe de vives douleurs, l'examen ne révèle aucune lésion inflammatoire de ces parties, aucune anomalie autre que celle qui résulte de l'ablation des annexes de l'utérus.

Nous ferons maintenant des antécédents pathologiques de la malade un exposé bref, où l'on verra que les symptômes propres à la néphroptose et les troubles génitaux s'entremêlent ou sont alternativement prépondérant, mais constamment dominés et dirigés par un tempérament nerveux particulier que nous essayerons de mettre aussi en évidence.

Nous trouvons tout d'abord, dans l'enfance et la jeunesse de cette femme, une tare nerveuse importante : elle eut de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de 17 ans, époque tardive à laquelle les règles apparurent en même temps que des épistaxis fréquentes et, paraît-il, quelques vomissements sanglants ; notons encore une fièvre typhoïde à l'âge de 17 ans et demi et une légère atteinte de rhumatisme articulaire.

Mais c'est surtout à partir de l'âge de 23 ans, en 1886, âge auquel elle se maria, que son histoire devient intéressante en même temps que des plus chargées.

Après une première grossesse qui se termina au huitième mois, elle eut une métrite légère, puis fit une fausse couche suivie d'accidents puerpéraux graves avec fièvre atteignant 40 degrés. Des symptômes de métrite hémorrhagique persistant, on lui fit le curettage utérin à trois reprises dans l'intervalle desquelles elle eut une phlébite de la crurale gauche.

Au commencement de l'année 1890, comme elle souffrait toujours de douleurs dans le ventre et d'irrégularités menstruelles avec métrorrhagies, on diagnostiqua une salpingite droite et elle subit une première laparotomie ; l'ovaire et la trompe furent enlevés.

L'année suivante survint une grossesse très pénible accompagnée de vomissements répétés, et l'accouchement eut lieu au milieu d'attaques éclamptiques avec albuminurie ; enfin elle eut un abcès volumineux du sein droit. L'enfant, chétif et mal nourri,

devint rachitique, bossu et succomba à l'athrepsie à onze mois.

Cependant, la malade souffrait toujours de vives douleurs au creux épigastrique et dans le bas-ventre ; elle vomissait beaucoup, avait constamment des pertes sanglantes ; de temps à autre survenaient de la diarrhée ou des crises abdominales très vives que l'on considéra comme des crises de coliques hépatiques ou néphrétiques. Ces symptômes la retinrent à l'hôpital pendant deux mois à la fin de l'année 1892.

Au mois de mai 1893, elle entre de nouveau à l'hôpital, mais cette fois pour se faire opérer. Au cours de la dernière grossesse, la cicatrice abdominale s'était relâchée, et depuis, l'éventration s'était peu à peu développée ; on lui fit une seconde laparotomie pour suturer les plans profonds de la paroi abdominale, puis elle alla en convalescence à la campagne pendant cinq mois.

Entre temps, elle souffrit, du côté gauche, d'une névralgie sciatique qui s'accompagna d'une contracture du membre inférieur, si bien que la malade marchait sur la pointe du pied en s'aidant d'une béquille qu'elle garda pendant plus d'un an.

En février 1894, nouveau séjour à l'hôpital, nécessité surtout par des troubles gastriques. L'estomac est examiné et traité, puis l'on découvre l'existence d'un déplacement du rein droit. La malade ne tarda pas alors à retourner dans un service de chirurgie toute prête à tenter de se faire guérir de ce nouveau mal par une *néphrorraphie*. L'opération ne fut toutefois pas pratiquée et la malade resta six mois à l'hôpital, souffrant de violents troubles gastriques et vomissant même du sang. Pendant cette période, elle eut des troubles importants de la fonction urinaire : à plusieurs reprises il y eut de la rétention d'urine et le cathétérisme ne donnait qu'une faible quantité d'urine ; cette dysurie était d'ailleurs entrecoupée de crises de polyurie.

Du mois d'août 1894 jusqu'en octobre 1895, la malade reste chez elle, souffrant toujours du ventre, vomissant et enfin, symptôme nouveau, commençant à tousser. En décembre 1895, nouvelle laparotomie et ovariectomie gauche qui n'amènent encore pas de soulagement.

Les pertes sanglantes persistent, ainsi que les vomissements ;

de temps à autre surviennent des crises abdominales simulant des coliques néphrétiques ; la malade, abandonnée par son mari, reste chez des amis. On ne parlait rien moins, à cette époque, que d'une nouvelle opération, une *hystérectomie* que la patiente accepte d'ailleurs tout naturellement : ce projet n'eut toutefois pas de suite. C'est dans cet état qu'elle est entrée, il y a cinq semaines, dans le service de M. Debove.

En analysant l'observation précédente, on voit que bien des symptômes semblent être en rapport avec la néphroptose : les vomissements, par exemple, et les crises de coliques abdominales qui ont été regardées comme des coliques néphrétiques. Ce dernier syndrome épisodique est connu sous le nom d'*étranglement rénal* ; d'autre part, des *crises gastriques* ont été décrites comme symptomatiques du rein mobile.

La malade aurait eu aussi, à son dire, des hématémèses ; or il est possible qu'elle ait eu, à un moment donné, une ulcération gastrique ; on sait qu'en effet la coexistence de l'hyperchlorhydrie et du rein flottant n'est pas rare. Enfin, les phases d'anurie suivie de polyurie que nous avons notées sont des phénomènes également observés dans ces cas et rapportés à une *hydronéphrose intermittente* résultant de la coudure de l'uretère. Quant aux crises de diarrhée accompagnée d'évacuations glaireuses et muqueuses, elles peuvent être regardées comme une manifestation d'entérite muco-membraneuse, fait assez commun chez les névropathes.

Actuellement, la malade souffre encore beaucoup des troubles que nous venons d'étudier ; depuis qu'elle est dans ce service, elle a eu, à plusieurs reprises, des vomissements répétés et des crises abdominales avec tendance à la syncope, et des sensations douloureuses si vives qu'on a dû avoir recours à la morphine pour les calmer. En présence de signes si persistants et si intenses, on se demande si vraiment il n'y aurait pas lieu de tenter de soulager la malade par une *néphrorraphie*, et nous avons vu qu'on y a songé dans son entourage. Nous pensons cependant, avec M. Debove, qu'ici l'opération ne saurait appor-

ter aucun soulagement et serait purement illusoire, en raison du terrain particulier sur lequel évoluent les symptômes.

En effet, bien que nous n'ayons trouvé aucun stigmate caractérisé d'hystérie, la malade est manifestement une névropathe ; nous avons relevé une tare nerveuse dans la jeunesse ; l'incontinence nocturne d'urine qui persiste au delà de l'adolescence ; notons encore la contracture exagérée et durable qui accompagna une névralgie sciatique. Mais c'est surtout une nosomane, elle saisit avec empressement l'occasion qui lui est offerte de raconter toutes ses souffrances, toutes ses opérations, qui deviennent pour elle une véritable légende, et elle n'omet aucun détail. Cette femme offre un type de ce que Charcot appelait la *mania operativa passiva*, l'opération chirurgicale hante son esprit ; elle s'est si bien familiarisée avec cette idée, qu'elle envisage l'éventualité d'une opération comme un terme rêvé à ses maux ; c'est dire qu'elle s'y prêtera avec complaisance. Bien plus, elle fera tout, même inconsciemment, pour entraîner la résolution du chirurgien indécis. Son passé l'a bien prouvé : trois curettages, trois laparotomies avec deux ovariectomies, tel est son bilan opératoire, sans compter les incisions d'abcès ; et nous savons qu'il fut aussi question d'une hystérectomie et d'une néphrorraphie qu'elle était toute prête à accepter, sinon à réclamer. Il faut entendre avec quel luxe de termes techniques elle expose les opérations qu'elle a subies ; comme elle parle de ses « ovaires », de son « péritoine », de son « utérus », qu'on devait lui enlever par le « vagin », pour se convaincre qu'il s'agit bien là d'une véritable monomanie, d'une *mania operativa passiva*.

Si encore l'opération lui avait procuré quelque soulagement, mais il est loin d'en être ainsi ; malgré l'ablation des annexes de l'utérus, la malade éprouve les mêmes douleurs et, paraît-il, des métrorragies ; enfin la pression des régions ovariennes est des plus pénibles, bien que l'examen physique démontre l'absence de toute lésion inflammatoire. Nous ne pensons pas que l'hystérectomie serait efficace, pas plus que la néphrorraphie ne saurait faire disparaître les autres symptômes. C'est qu'en effet l'origine

de ces douleurs subjectives doit être recherchée dans l'état psychique particulier du sujet bien plus que dans des lésions locales, et le but de cette observation est précisément de mettre en lumière l'état mental de certaines femmes pour qui l'opération devient une idée fixe, comme un terme désiré à leurs souffrances réelles ou imaginaires, et de montrer en même temps le résultat illusoire de l'intervention dans de tels cas.

(*La Médecine moderne.*)

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 2 février 1897.*

### ACCIDENTS ÉCLAMPTIQUES ET HYSTÉRIQUES.

M. Clozier (de Beauvais) a observé un cas où les phénomènes éclamptiques étaient unis à des accidents hystériques. Il pense que souvent les deux ordres de manifestations sont fonction d'un même état morbide, car en opérant sur les zones hystéro-classiques on peut faire disparaître tous les accidents.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 14 Janvier.*

### INSERTION DU PLACENTA SUR UNE TUMEUR UTÉRINE, PROBABLEMENT DE NATURE FIBROMATEUSE.

M. Maygrier déclare que, lorsque la femme qui fait l'objet de cette communication s'est présentée pour accoucher à Lariboisière, elle venait d'avoir une hémorrhagie très abondante qui l'avait profondément anémiée.

Insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, enfant mort.

On traverse avec beaucoup de difficulté le placenta pour faire la version podalique ; il était en quelque sorte scléreux.

La délivrance artificielle fut très difficile et le placenta extrait par lambeaux. La femme mourut dans le collapsus. A l'autopsie

on trouva au niveau du segment inférieur une tumenr ramollie, paraissant être un fibrome et sur laquelle s'insérait le placenta.

M. Doléris doute que l'examen histologique permette de déterminer la nature de la tumeur, car la grossesse, dans ces cas, cause de telles modifications des tissus que les meilleurs histologistes hésitent à se prononcer.

### TRAITEMENT DU PROLAPSUS GÉNITAL CHEZ LA FEMME.

M. Paul Petit est toujours resté fidèle au rétablissement du jeu des deux valves vagino-périnéales, comme opération fondamentale, et au raccourcissement des ligaments ronds comme opération complémentaire. Il réserve cette dernière opération au cas de prolapsus avec rétroversion accentuée. Dans la majorité des cas, les opérations sur l'appareil de soutènement suffisent à la guérison du prolapsus. L'hystéropexie offre de multiples inconvénients ou dangers et peut toujours être remplacée par l'opération d'Alquié-Alexander. L'hystérectomie n'est admissible que dans les cas de prolapsus irréductible ou de complications telles que fibrome et cancer.

M. Pichevin reproche à l'opération d'Alexander de ne pas permettre de constater l'état des annexes ; il lui préfère le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds.

M. Doléris est le partisan convaincu de l'opération d'Alexander, c'est une opération physiologique et à l'heure actuelle il a des opérées de 12 ans qui sont restées en parfait état.

*
* *

M. Tissier relate un cas de rupture sous-péritonéale de l'utérus produite au cours de l'accouchement, l'enfant se présentant par l'épaule. A l'autopsie on trouva une déchirure partant du col et dans le ligament large un épanchement sanguin très abondant, remontant jusqu'au rein.

M. Porak fait remarquer combien, dans quelques cas, très rares, ces ruptures sont bénignes. Il cite deux observations où les malades ont guéri en leur faisant un tamponnement soigné de l'utérus avec de la gaze iodoformée. Il ne faut pas faire d'in-

jections dans ces cas. Le diagnostic de la rupture est quelquefois difficile.

*
* *

M. Tissier présente une observation de rupture utérine avec kystes hydatiques disséminés dans la cavité pelvienne. Dix-huit ans, avant, cette malade avait été soignée pour un kyste hydatique du foie. Au cours du travail il se produisit une rupture utérine et à l'autopsie on put constater de nombreux kystes hydatiques disséminés autour de l'utérus, dans les ligaments larges, l'épiploon et la cavité abdominale.

*
* *

M. Tissier montre un fœtus de deux mois et demi présentant au niveau de la région ischiatique une perforation donnant issue à une anse d'intestin ; cette perforation est traumatique et les commémoratifs ont permis d'établir qu'il s'agissait d'un avortement provoqué à l'aide d'une aiguille à tricoter.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 29 janvier 1897.*

### LA PRESSION ARTÉRIELLE DANS L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

M. Vinay, de Lyon. Chez la femme enceinte la pression artérielle n'est pas modifiée jusqu'au moment du travail ; chez la femme enceinte albuminurique, au contraire, cette même pression peut atteindre jusqu'à 18 et 20 centimètres de mercure.

M. Vaquez. Avec mon interne M. Nobécourt, j'ai vu, à la Maternité, que pendant 4 accès d'éclampsie la pression est toujours supérieure à la normale. Dans l'intervalle des accès la pression diminue, sans pourtant revenir à la normale, et elle s'élève de nouveau quand un accès réapparaît. Si les accès disparaissent, la pression redevient normale.

On peut de ces recherches tirer des considérations pathogéniques et cliniques.

Tout d'abord, l'élévation de la tension est semblable à celle que Ziemssen a constatée dans l'urémie, dans laquelle la pression aug-

mente dès le début de l'accès pour redescendre une fois l'attaque terminée. Cette hypertension ne résulte pas des convulsions elles-mêmes, car elle les précède parfois de plusieurs jours ; elle résulte très vraisemblablement d'une vaso-constriction produite par l'action sur les centres nerveux de certaines substances toxiques que les reins n'éliminent plus. D'autre part, il paraît difficile de ne pas admettre que ces modifications rapides et considérables de la tension ne soient pas pour quelque chose dans la nature des lésions constatées à l'autopsie, dans la fréquence et l'étendue des hémorragies.

Il faut donc, au cours de la grossesse, interroger la tension artérielle surtout chez les albuminuriques. L'hypertension permet de prévoir l'imminence des accès éclamptiques, et d'établir une thérapeutique capable de les faire avorter. De plus, l'exploration de la pression artérielle permet de dire après les accès si la rémission est passagère ou définitive.

M. Debove. Les conclusions auxquelles sont arrivés MM. Vaquez et Nobécourt sont parfaitement d'accord avec le traitement appliqué à l'éclampsie par les accoucheurs qui dans ces cas ont recours à la saignée. (*Méd. mod.*)

---

## SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX

*Procès-verbal officiel de la séance du 11 janvier 1897.*

### SUR DEUX CAS D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE POUR FIBROME, PAR LA MÉTHODE DE DOYEN.

M. Bégouin. Je vous présente deux fibromes utérins qui n'ont par eux-mêmes rien de bien intéressant. Ils sont du type classique.

Mais l'un et l'autre ont été enlevés par notre maître M. Demons, dans sa dernière séance opératoire, par une méthode et avec une instrumentation qui n'ont pas encore été employées à Bordeaux ; à ce titre, ils constituent des pièces qui n'ont plus leur banalité apparente.

Ils ont, vous le voyez, un volume qui aurait rendu leur extirpation par le vagin sinon impossible, au moins extrêmement la-

borieuse, d'autant mieux que leur situation était élevée, dépassant notablement l'ombilic.

M. Demons fit une longue incision médiane dont l'extrémité inférieure arrivait sur le pubis. Dans l'un et l'autre cas, le fibrome se présenta sans adhérence. Le tire-bouchon de Doyen fut implanté dans son extrémité supéro-antérieure, et grâce à ce moyen de préhension, un aide put facilement, entre les lèvres de la plaie, le renverser sur le pubis, dégageant ainsi le petit bassin. Les anses intestinales, grâce à la position de Trendelenburg, ne s'y engageaient pas et la région du cul-de-sac vaginal postérieur était à nu. Une longue pince, enfoncée par un aide dans le vagin, défonça ce cul-de-sac postérieur et vint ressortir dans le péritoine. M. Demons mena de ce point deux incisions obliquement ascendantes sur les parties latérales du fibrome, mit une longue pince sur l'extrémité interne de chacun des ligaments larges ainsi sectionnés, et put alors décortiquer pour ainsi dire le fibrome.

Des ligatures avec de longs fils de soie furent jetées sur les ligaments larges. On en fit ressortir les bouts par le vagin, qu'on bourra de gaze iodoformée sans avoir refermé préalablement l'abdomen.

Les deux opérations ont été rapides.

Depuis six jours que l'opération a été pratiquée, aucune des deux malades n'a eu d'accidents qu'on ait pu imputer au procédé : il n'y a eu ni shock ni hémorragie.

La rapidité de l'opération ainsi faite, la facilité que donne le tire-bouchon de Doyen pour renverser le fibrome sur le pubis et découvrir le cul-de-sac postérieur, la commodité donnée par le défoncement de ce cul-de-sac ont été évidentes pour tous dans ces deux opérations.

La position de Trendelenburg, la valve spéciale de Doyen pour écarter l'angle inférieur de la plaie abdominale ont rendu l'accès du petit bassin des plus faciles, et les ligatures ont pu être aisément jetées sur les ligaments larges.

En somme, pour ces deux fibromes, l'opération de Doyen, faite avec ses instruments spéciaux, s'est montrée — entre les mains de M. Demons — rapide, élégante et sûre.

---

*Procès-verbal officiel de la séance du 18 janvier 1897.*

PAPILLOME DE LA GRANDE LÈVRE.

M. Fraikin. Tumeur provenant d'une malade opérée dans le service de M. le professeur Boursier. Elle siégeait sur la grande lèvre gauche. Le début remonte à deux ans environ, et l'accroissement a été progressif. Elle n'a pas donné lieu à des douleurs, mais à des démangeaisons.

Cette tumeur était pédiculée, en chou-fleur, du volume d'un petit œuf de poule, saignant au moindre contact. Du côté correspondant à la tumeur, au pli de l'aine, la malade porte une grosseur constituée soit par un lipome herniaire, soit par une hernie épiploïque, n'ayant jamais été réductible et n'ayant donné lieu à aucun trouble.

Cette tumeur possède le volume qu'elle a actuellement depuis dix-huit ans au moins ; elle n'a donc aucun rapport avec la tumeur pédiculée, mais pourrait peut-être cacher des masses ganglionnaires non perceptibles. Le tissu sur lequel s'insère le pédicule est sain, sauf à la partie interne où il est un peu induré. La malade est âgée de soixante-quatre ans, jouit d'un bon état général. Elle n'a pas maigri, n'est pas affaiblie.

L'ablation s'est faite facilement au bistouri le 5 janvier 1897. On a eu soin d'enlever toute la portion indurée. La malade est à peu près guérie maintenant.

La tumeur, examinée par M. le Dr Sabrazès, est un papillome pur, sans aucune transformation épithéliomateuse.

M. Boursier fait remarquer qu'il est rare de voir se développer un papillome à l'âge de soixante-quatre ans.

---

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PAR MORCELLEMENT.

Mlle Nourrit. J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Anatomie, au nom de M. Villar et au mien, des pièces provenant d'une malade qui a subi avec succès l'hystérectomie vaginale pour fibrome utérin.

Voici d'abord, en quelques mots, l'histoire de cette malade.

Mme X..., âgée de trente-cinq ans, a été réglée pour la première fois à l'âge de quatorze ans, et toujours bien depuis lors. Mariée

à vingt-un ans, elle eut un enfant un an plus tard, sans que sa grossesse et son accouchement aient rien présenté d'anormal.

Il y a cinq ans, les règles sont devenues plus abondantes et ont duré plus longtemps, une dizaine de jours en moyenne. De plus à chaque menstruation, la malade était prise de douleurs assez violentes.

Mais, depuis 1894, tous ces phénomènes ont augmenté d'intensité, les pertes sont presque continuelles, les douleurs plus intenses, et, de temps à autre, surviennent des crises extrêmement pénibles. La dernière a eu lieu au commencement d'octobre dernier, pendant que la malade faisait un séjour à Arcachon.

Elle se décida alors à consulter un chirurgien, et s'adressa à M. le professeur agrégé Villar.

Au moment de son examen, la malade, une belle femme brune, était très pâle et paraissait très amaigrie.

Le palper abdominal permet de sentir une tumeur dure, arrondie, mate à la percussion, et qui dépasse la symphyse pubienne de trois à quatre travers de doigt.

Par le toucher vaginal, on reconnait que le col est élevé, que l'utérus est augmenté de volume en avant, et qu'il présente en arrière une masse du volume des deux poings.

En combinant ces deux modes d'exploration, il est facile de constater que la tumeur, perceptible par le palper hypogastrique, faisait corps avec la masse rétro-utérine et le col utérin.

Cette tumeur abdominale, utérine, coexistant avec des pertes abondantes, avec l'élévation du col, avec les douleurs violentes accusées par la malade, firent porter le diagnostic de fibrome utérin.

Ce fibrome se compliquait de l'existence d'une phlébite du côté droit se traduisant par du gonflement du mollet, la palpation permettant de sentir profondément un cordon dur, et qui faisait beaucoup souffrir la malade, au point que la marche était devenue impossible depuis une dizaine de jours.

L'hystérectomie vaginale par morcellement est pratiquée par M. Villar le 26 octobre 1896 ; les ovaires et les trompes furent extirpés avec le fibrome. L'opération se passa sans incidents et dura trois quarts d'heure ; on laissa en place deux pinces de Richelot pendant quarante-huit heures. Une sonde fut placée dans la vessie après l'opération, mais la malade ne put la supporter

plus de vingt-quatre heures ; d'ailleurs, la miction se fit spontanément dès le deuxième jour. La malade, purgée le troisième jour, se lève le seizième.

Mme X... revient dans son pays le 21 novembre, c'est-à-dire moins d'un mois après l'opération. Elle marche très bien et n'éprouve plus la moindre douleur abdominale.

Il est à remarquer que les phénomènes douloureux du membre inférieur droit, atteint de phlébite, avaient disparu dès le lendemain de l'opération.

Voici les pièces provenant de cette malade. Ainsi qu'on peut le voir, il existe un fibrome assez volumineux, et, dans l'intérieur de cette masse fibromateuse, on peut voir trois autres fibromes encapsulés, dont deux du volume d'une grosse mandarine ; ces fibromes isolés ont pu être extraits en entier au cours de l'opération, sans qu'il fût besoin de les morceler.

Nous attirons l'attention sur cette complication de phlébite qui existait chez la malade, et qui était incontestablement sous la dépendance de la tumeur, puisque tout est rentré dans l'ordre après l'opération.

Enfin, nous devons signaler, d'après ce qu'il nous a été donné de voir, la bénignité de l'ablation des fibromes par la voie vaginale ; cette opération correspond à celle que Péan pratique sous le nom de castration utérine, et pour laquelle Doyen a donné un manuel opératoire spécial.

M. Pozzi en a établi l'indication en ces termes : « Cette méthode de traitement des fibromes me paraît devoir être réservée aux cas où l'utérus relativement peu volumineux, mais comprimant des organes importants, peut être extrait sans grands efforts et sans longs morcellements. C'est à ce prix seulement que l'opération est bénigne et peut-être substituée à l'hystérectomie abdominale. »

Il faut remarquer que, contrairement à l'opinion du professeur Pozzi, il est possible de pratiquer le morcellement du fibrome, comme M. Villar l'a fait dans le cas qui nous occupe, sans que l'opération dure davantage et que la malade s'en ressente le moins du monde au point de vue des suites immédiates ou éloignées.

M. Bégouin demande à M. Villar s'il emploie des ligatures ou des pinces à demeure.

M. Villar, en principe, emploie les pinces de Richelot.

M. Bégouin croit que l'hystérectomie vaginale n'est pas exempte de dangers. Les ligatures peuvent lâcher, les pinces se déclancher, on peut ouvrir la vessie, pincer les uretères ou l'intestin.

M. Villar n'a jamais eu d'accidents dans l'hystérectomie vaginale.

M. Chavannaz a vu une perforation tardive de la vessie, probablement produite par le contact des pinces : aussi croit-il qu'il faut soigneusement entourer le corps des pinces de gaze iodoformée pour empêcher leur bascule.

M. Bégouin fait remarquer que l'on ne connaît pas exactement la pathogénie des perforations tardives de la vessie. Peut-être pince-t-on pendant l'hémostase la paroi vésicale.

M. Texier. Richelot a signalé ces perforations tardives ; il les attribue à une dissection trop minutieuse de la vessie et conseille de laisser le plus possible du tissu cellulaire périvésical.

M. Boursier. La dissection de la vessie est très difficile, et j'ai vu deux cas de perforation tardive de cet organe.

---

## SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE.

### DÉCIDUOME MALIN ET MOLE VÉSICULAIRE.

M. Neumann a fait à la dernière séance de la Société des médecins une communication sur les recherches relatives au rapport existant entre le déciduome malin et la môle vésiculaire. Celle-ci n'est pas un néoplasme inoffensif, car dans beaucoup de cas son expulsion est suivie du développement du déciduome malin.

Dans ces derniers temps, Neumann a observé un cas dans lequel le déciduome malin s'est développé alors que la môle vésiculaire se trouvait encore dans l'utérus. Il faut donc observer pendant longtemps toute femme atteinte de môle vésiculaire et, le cas échéant, enlever en même temps la môle et l'utérus.

Le diagnostic du déciduome malin peut se faire de bonne heure par l'examen de masses enlevées par la curette. On a fait 1.000 coupes de môle et on a trouvé qu'entre les môles vésiculaires compliquées de déciduome malin et celles qui ne présentent pas cette complication, il y a une différence essentielle, c'est l'existence dans les premières d'une prolifération cellulaire qui

atteint non seulement la surface et les espaces qui séparent les villosités, mais qui pénètre profondément dans le stroma de ces villosités.

M. Hofmokl a demandé ce que devenaient les femmes atteintes de déciduome malin ; M. Neumann a répondu qu'il avait observé 4 cas à la clinique de M. Schauta. Le premier a succombé peu après l'opération à une affection inflammatoire, mais non à une métastase ; dans un deuxième cas, les premiers indices de néoplasmes apparurent en novembre 1894, 4 semaines après le curettage le l'utérus ; cet organe fut extirpé et la femme est encore bien portante aujourd'hui. Le troisième cas mourut 4 mois après la délivrance : le quatrième est encore bien portant.

(*Médec. mod.*)

---

## CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES

*Séance du 8 janvier 1897.*

### UN CAS DE RÉTROFLEXION GRAVIDE DUE A UN FIBROME, PRIS POUR UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. Crickx, estimant que la relation des erreurs de diagnostic constitue un enseignement très utile pour les autres praticiens, rapporte l'observation suivante : il s'agit d'une jeune fille de 26 ans, qui, sans antécédents héréditaires ou personnels très intéressants, fait remonter le début de son affection à deux mois. Un malaise général, de la toux ; des douleurs dans les jambes, une leucorrhée abondante ont constitué les symptômes les plus marquants de ce début. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade est prise subitement de rétention d'urine, avec vives douleurs dans le bas-ventre. Les règles, qui ont toujours été peu abondantes, mais régulières, ont paru diminuer en quantité depuis le début de l'affection. Les urines contiennent du sucre.

L'examen décèle dans le cul-de-sac de Douglas une grosse tumeur nettement fluctuante, ayant repoussé contre le pubis, la matrice dont le col, assez mou, présente un orifice ouvert permettant l'introduction de l'index. La tumeur est douloureuse à la pression et s'étend dans le cul-de-sac latéral droit ; on sent la tumeur au-dessus du pubis, mais confusément. On parvient à la

mobiliser légèrement en exerçant une forte pression par le rectum.

M. Lavisé croit à une grossesse extra-utérine développée dans le Douglas et se décide, en présence de la persistance des douleurs, à faire la laparotomie.

La tumeur est alors reconnue comme la matrice occupant tout le petit bassin et présentant sur sa face postérieure un fibrome interstitiel du volume d'un œuf de dinde. Celui-ci est extirpé, la plaie utérine suturée et la matrice remise dans sa position normale. Les suites ont été excellentes. Tous les troubles ont disparu, et malgré un écoulement de sang, qui persista pendant 12 jours, aucune menace d'avortement.

La malade est actuellement complètement remise ; le sucre des urines a disparu immédiatement après l'opération. (*La Clinique.*)

---

# REVUE DE LA PRESSE

## LES HÉMORRAGIES DANS LA VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES,

Par M. J. Comby (1).

La vulvite et la vulvo-vaginite des petites filles sont très communes. Tantôt l'inflammation est légère et l'écoulement modéré ; la vulvite semble dénuée de toute spécificité, relevant des microbes ordinaires de la suppuration (streptocoques, staphylocoques, et quelquefois bacilles du côlon).

Tantôt la maladie dérive d'une contagion gonococcique et l'inflammation, loin de se cantonner à la vulve, envahit l'urèthre, le vagin et même la vessie et la cavité utérine.

C'est dans cette dernière variété de vulvo-vaginite à gonocoques qu'on est exposé à rencontrer des hémorragies.

Trois fois, cette année, j'ai reçu dans mon service des fillettes atteintes de vulvo-vaginites hémorragiques.

Dans deux cas, il s'agissait d'enfants déjà grandes (six et huit ans), entrées à l'hôpital avec le diagnostic *métrorragies*. Or, ces enfants avaient l'hymen intact et il était facile de voir que le sang ne provenait pas du vagin, mais de quelques bourgeonnements fongueux

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

entourant l'orifice uréthral. En même temps, ces fillettes étaient atteintes d'un écoulement purulent à gonocoques.

N'ayant pas retrouvé l'observation détaillée de ces deux cas, je me contenterai de les mentionner, et je vais insister sur le troisième.

Une fillette de deux ans et demi entre à la salle Blache, le 23 mars 1896. Prise de rougeole le 6 mars, elle avait été reçue au pavillon d'isolement et en était sortie le 19. Ce même jour, sa mère s'aperçut qu'elle avait des taches jaunâtres sur sa chemise et qu'elle perdait en blanc.

Le lendemain, il y avait du sang, et la mère, effrayée, nous conduisit son enfant. Des injections répétées au permanganate de potasse à 1 p. 4, p. 2, p. 1000, firent cesser l'écoulement purulent, mais non les hémorragies vulvaires qui, sans être très abondantes, ne laissaient pas que d'inquiéter un peu. D'autre part, le thermomètre dépassait tous les soirs 40 degrés et tombait le matin à 38 degrés et au-dessous. Cette fièvre rémittente persista pendant huit jours et ne céda définitivement qu'aux lavages répétés faits avec le permanganate de potasse à 1 p. 1000 (1er avril).

Examinant avec soin la vulve de l'enfant, je constatai qu'il était impossible de voir l'orifice de l'urèthre ; il était, en effet, dissimulé par des bourgeons charnus, friables et saignants. Au-dessous de ce bourgeonnement fongueux, l'entrée du vagin était intacte et il était facile de voir que le sang ne venait pas de ce conduit. Il n'y avait donc pas de métrorragie. Je pris une sonde molle en caoutchouc et je l'introduisis au milieu du bourgeonnement signalé plus haut ; je pénétrai ainsi sans peine dans la vessie, l'urine s'écoula aussitôt par le pavillon de la sonde. En même temps, un saignement superficiel assez abondant se fit autour de la sonde, sur la vulve, l'urine restant toujours claire. Il était dès lors évident que les hémorragies avaient pour point de départ l'orifice de l'urèthre. Quelques cautérisations au nitrate d'argent firent rétracter les bourgeons uréthraux et l'enfant fut bientôt guérie.

Voilà donc une complication inusitée de la vulvo-vaginite des petites filles, sur laquelle il est bon d'appeler l'attention. D'après ce que j'ai vu, cette hémorragie est vulvaire, superficielle, uréthrale ; elle n'a pas pour point de départ le vagin ni l'utérus ; ce n'est pas une métrorragie.

Elle guérit bien par le traitement antiseptique de la vulvo-vaginite combiné avec des cautérisations de la surface saignante.

Mon collègue, M. Broca, qui observe dans le même milieu que moi, avait déjà signalé cette manifestation morbide sous le nom de *prolapsus de l'urèthre chez les petites filles*, et le docteur A. Pourtier a récemment soutenu une thèse (Paris, 1896) sur le prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme. Pour bien fixer les idées à ce sujet, je demande la permission de résumer ces travaux.

*Le prolapsus de l'urèthre chez les petites filles*, par le docteur Broca (*Annales de gynécologie*, mars 1896). — Une fillette de six ans perdait du sang depuis trois jours : suintement léger, mais continu, tachant légèrement la chemise.

L'enfant avait gardé le lit pendant quinze jours pour une bronchite quinteuse, et c'est le jour même où elle s'était levée que l'hémorragie avait apparu.

L'examen de la vulve montre que tout est normal, sauf au méat urinaire, où se montre un petit bourrelet rouge enflammé. Il y avait un prolapsus léger et circulaire de la muqueuse uréthrale. Il a suffi de cautériser le bourrelet pendant trois jours avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 pour arrêter l'hémorragie.

Tel est le processus uréthral au premier degré ; s'il était négligé, on pourrait avoir une tumeur fongueuse et violacée atteignant le volume d'une noisette ou d'une noix. Les symptômes qui attirent l'attention sont : écoulement de pus et de sang, dysurie, gêne dans la marche.

Chez une autre fillette, vue par le même auteur, la mère avait cru à un viol, et avait porté plainte en justice. Or, l'hymen était intact, et, en introduisant une sonde dans la tumeur, on pénétrait dans la vessie.

D'après une statistique de Kleinwachter, 66 p. 100 des sujets atteints de prolapsus uréthral ont de un à quinze ans ; 22 p. 100 ont de quarante-sept à soixante-quinze ans ; c'est donc aux extrêmes de la vie qu'on rencontre l'affection.

Les causes, chez l'enfant, sont les efforts de toux, la vulvite avec uréthrite et dysurie. Quand la tumeur est grosse et irréductible, il faut l'exciser au bistouri avec suture exacte. Quand il n'y a qu'un léger gonflement, la cautérisation au nitrate d'argent suffit.

*Du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme*, par le docteur A. Pourtier (Th. de Paris, 1896). — Exceptionnel chez la femme adulte, le prolapsus uréthral présente son maximum de fréquence aux deux extrêmes de la vie (femmes âgées, filles de deux à quinze ans). On a indiqué, comme cause déterminante, les efforts de toux (bronchite, coqueluche), la masturbation, les catarrhes des voies génito-urinaires, les métrites, les vulvo-vaginites, etc. Le prolapsus se manifeste d'abord par une petite tumeur, de petits bourgeons latéraux à l'embouchure de l'urèthre. Puis la muqueuse fait fortement saillie et peut devenir irréductible. A la période d'état, on constate au niveau du méat urinaire une tumeur vasculaire de couleur rouge sombre, variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'un œuf de pigeon. Son volume augmente par les efforts et par la miction. L'orifice de l'urèthre est situé au centre de cette tumeur. Les symptômes causés par cette lésion sont des *douleurs* et des *hémorragies*. Mais les hémorragies sont seules constantes ; elles se produisent au moindre attouchement et peuvent être très abondantes.

Le traitement sera médical au début, quand le prolapsus est peu prononcé et réductible. Quand la tumeur sera irréductible, elle devra être excisée au bistouri et détruite par le thermocautère ou par le galvanocautère.

Les recherches de M. Broca, de M. Pourtier, les observations que je présente aujourd'hui montrent qu'il faudra compter désormais avec les hémorragies vulvaires qui peuvent accompagner la vulvo-vaginite des petites filles. Il faudrait bien se garder de prendre ces hémorragies pour de véritables métrorragies pathologiques ou pour des exemples de menstruation prématurée ; cette erreur a été commise souvent : il est facile de l'éviter aujourd'hui par un examen local.

Dans la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles, l'inflammation peut se propager du vagin à l'urèthre, remontant plus ou moins loin dans ces deux directions.

Quand l'inflammation se propage à l'urèthre, elle détermine quelquefois un bourgeonnement de la muqueuse du méat ou un renversement, un prolapsus de la muqueuse uréthrale (faits de M. Broca). Ce bourgeonnement ou ce prolapsus se présente sous forme d'une petite masse molle, très vasculaire, qui saigne au moindre frottement, au moindre contact.

Il est facile de s'assurer que l'hémorragie part de là, et que l'orifice vaginal ne livre passage à aucun flux sanguin. Il n'y a donc ni règles anticipées, ni ménorragies, ni métrorragies proprement dites.

Cette petite complication de la vulvo-vaginite infantile n'est pas grave, la perte de sang n'est jamais très abondante, et les cautérisations de la surface saignante, combinées avec des lavages antiseptiques, amènent rapidement la guérison.

Toutefois, dans quelques cas, le prolapsus forme une tumeur irréductible qu'on est obligé de traiter chirurgicalement, d'après les observations de M. Broca.

---

## MOUVEMENTS ET DÉPLACEMENTS DES REINS PENDANT LA PÉRIODE DE LA DIGESTION, ET EN CORRESPONDANCE AVEC LES MOUVEMENTS DE L'ESTOMAC.

Par M. le Dr Bianchi.

L'étude du mouvement des reins, grâce à l'auscultation unie à la percussion, fut commencée par moi, il y a douze ans, et la première publication sur ce sujet parut dans un journal de Naples (*Sur les mouvements respiratoires des reins. Riforma medica*, 1885). Cette année j'ai fait de nouvelles études dans le laboratoire de physiologie du professeur Marey pour rechercher par la phonendoscopie quelques points obscurs de la physiologie de la digestion, avec le docteur Charles Comte. En cette occasion, nous avons constaté de nouveau les mouvements des reins pendant la digestion, et c'est sur ce sujet que je vous entretiendrai aujourd'hui en vous démontrant la chose avec des planches schématiques.

Les expériences ont toujours été faites dans les mêmes conditions sur des sujets jeunes. Nous avons pris le tracé de la projection des organes obtenu par la phonendoscopie, avant l'ingestion des aliments, immédiatement après, et ensuite toutes les demi-heures.

Les organes du corps sont toujours déplacés par deux principales fonctions, la respiration et la digestion. La modalité du déplacement varie beaucoup selon l'action de l'une ou de l'autre fonction.

Il faut considérer les déplacements selon le temps de production selon l'intensité et selon la direction du mouvement.

Selon le temps, les déplacements par la respiration sont toujours rythmiques et réguliers ; les déplacements par la digestion ont lieu

seulement pendant l'évolution de cette fonction et sont très irréguliers.

Selon l'intensité, les déplacements par la respiration sont bien limités, et leur importance dépend essentiellement du déplacement même de l'organe respiratoire ; en d'autres termes, si une partie du poumon respirait moins bien ou ne respirait pas, les mouvements des organes seraient directement en rapport avec le fonctionnement du poumon même. Les déplacements par la digestion ont leur centre dans l'organe central de la digestion, l'estomac. L'intensité varie beaucoup, elle peut être très importante, et l'est toujours beaucoup plus que dans la fonction respiratoire.

Selon la direction du déplacement en général, nous pourrions dire que la respiration donne un déplacement des organes en bas et suivant une direction perpendiculaire au plan du diaphragme. La digestion produit au contraire des mouvements divers selon le temps. Par la digestion stomacale, nous avons un déplacement de tous les organes environnant l'estomac, variant beaucoup selon son contenu liquide et gazeux, ou seulement liquide ; par la digestion intestinale, nous avons également un déplacement des organes en rapport avec l'intestin même, mais ce déplacement, moins important que l'autre, reste presque toujours vertical et en haut. On dirait que l'action des intestins fait reprendre sa place aux organes déplacés par la digestion stomacale.

Je ne parlerai pas ici des déplacements des organes par la respiration, que j'ai déjà étudiés et publiés : je ne vous parlerai que des déplacements produits par la digestion stomacale. Il est inutile de vous rappeler que l'estomac est lié par le pylore au foie, par le cardia au diaphragme, et par un ligament à la rate, et qu'il repose par sa courbature inférieure sur les intestins grêles et sur la partie gauche du côlon transverse. Il s'ensuit que les organes qui sont directement déplacés par l'estomac sont le foie, la rate, le diaphragme à gauche, l'intestin grêle et la partie gauche du côlon transverse. Mais indirectement, d'autres organes sont aussi déplacés : le poumon et le cœur, par le fait du déplacement du diaphragme ; les reins, liés au foie et à la rate, subissent aussi un déplacement plus ou moins important, mais toujours bien affirmé.

Je crois que ce déplacement n'a jamais été décrit ; mais il existe cependant, et de plus il est très important et variable suivant le moment de la digestion et suivant le côté où on l'observe.

Le rein droit, loge au-dessous du foie, dans une excavation de organe même, subit tous les déplacements du foie directement et presque complètement.

Le rein gauche, lié seulement à la partie postérieure de la rate, suit les déplacements de cet organe.

Voyons les résultats de ces déplacements, au point de vue physiologique.

Lorsque dans l'estomac, presque vide et contenant seulement un peu de gaz, on introduit des aliments liquides ou solides, cet organe descend en allongeant son diamètre longitudinal et cet allongement est en rapport direct avec la quantité d'aliments introduits.

Au même moment, le cardia abaisse la courbure du diaphragme, le pylore déplace le foie en bas et à gauche, la rate se trouve un peu plus bas, le côlon transverse s'abaisse également vers la gauche.

Alors le rein droit se trouve plus bas en se rapprochant de la ligne axillaire postérieure, le rein gauche au contraire se trouve soulevé, mais transporté aussi vers la ligne axillaire postérieure. A mesure que l'estomac produit son déplacement graduel et progressif en haut et à droite, vers la ligne axillaire antérieure, le foie et la rate sont transportés en haut. En même temps le rein droit tourne lentement sa voûte en haut, avec une obliquité de son axe longitudinal allant de la ligne axillaire postérieure vers la vertébrale. Le rein gauche continue son déplacement en haut vers la ligne axillaire postérieure, son axe longitudinal est en haut moins éloigné de la ligne vertébrale que l'axe du rein droit.

Ces déplacements sont assez importants : pour le rein droit la migration peut être de trois centimètres vers la ligne axillaire, et de trois ou quatre centimètres vers le haut ; pour le rein gauche, le déplacement est un peu considérable, il atteint un peu moins de trois centimètres vers la ligne axillaire, et deux ou trois centimètres en haut.

Par ces mouvements, un rein droit, ayant une projection phonendoscopique de neuf centimètres dans son diamètre vertical, et de sept centimètres dans son diamètre transversal, couvre une surface de quatorze centimètres de hauteur et dix centimètres de largeur. Un rein gauche ayant un diamètre vertical de neuf centimètres, et un diamètre transversal de six centimètres et demi, couvre une surface de douze centimètres en hauteur, et neuf centimètres en largeur.

La direction du mouvement est simplement ellipsoïdale pour le

rein gauche, elle est d'abord rectiligne, puis ellipsoïdale pour le rein droit.

Le déplacement de la partie inférieure est presque le double de celui de la partie supérieure. De même le déplacement du rein droit est sensiblement deux fois plus grand que celui du rein gauche.

Lorsque l'estomac se vide de son contenu liquide et gazeux, tous les organes reprennent leur position initiale, les reins suivent le mouvement et reprennent leur place primitive en complétant leur mouvement ellipsoïdal.

J'ai voulu simplement aujourd'hui vous signaler cet important fait de la physiologie de la digestion, que j'ai reconnu au moyen de la phonendoscopie ; je crois devoir en fixer la date, comme je l'ai fait il y a douze ans en publiant mon étude sur les mouvements respiratoires des reins.

Mon œuvre serait bien imparfaite, si elle restait à l'état de simple découverte de laboratoire, et j'ai le ferme espoir que les travaux ultérieurs de mes confrères sauront l'éclaircir et la parfaire en lui donnant des résultats scientifiques et pratiques.

*(La France méd.)*

---

DYSTOCIE CONSÉCUTIVE A LA VENTRO-FIXATION ; LAPAROTOMIE.

(*Centralb. f. Gyn.*, n° 20.)

Pour prouver les dangers qu'il y a à fixer solidement l'utérus chez les femmes encore aptes à concevoir, M. von Guérard cite le cas d'une de ses malades. Cette femme, après avoir eu deux grossesses, fut atteinte de prolapsus. Pour y remédier, on fixa son utérus à la paroi abdominale. Quatre ans plus tard elle redevint enceinte. L'accouchement fut long, pénible et nécessita même l'application du forceps. L'enfant était bien portant. Une hémorragie par inertie survint chez la mère après l'extraction. Ni les irrigations chaudes, ni les frictions sur l'utérus ne purent l'enrayer. L'auteur dut alors pratiquer la laparotomie et détruire l'adhérence cicatricielle de l'utérus à la paroi. Au cours de l'opération, il trouva à proximité de cette cicatrice une rupture utérine incomplète et un hématome sous-péritonéal, qu'il sutura. Les suites de couches furent régulières : une extrême anémie seule resta à combattre.

*(Rev. de thér. méd. chirur.)*

---

### CHIRURGIE CONSERVATRICE DE LA TROMPE.

(*Centralbl. für Gyn.*, n° 2, 1896.)

Gersung décrit une opération conservatrice pour hydrosalpinx après extirpation de la trompe et de l'ovaire opposés, l'ovaire correspondant étant normal. Le sac fut incisé, son contenu évacué et l'ovaire suturé dans sa cavité avec de la soie fine, de telle sorte qu'une partie seulement de la surface supérieure de cet ovaire restât visible. Il semblait, avec raison, que, pendant l'ovulation, l'œuf s'échapperait par la trompe ; mais, faute de preuve directe, l'opérateur ne pouvait être certain que l'extrémité utérine de la trompe était libre et que la conception pouvait se produire.

La patiente fut guérie au bout de trois semaines : elle eut ses règles un mois après et devint enceinte après la seconde menstruation. Quand elle fut examinée, la grossesse était de quatre mois et sa santé excellente.

L'opération prouva comme conclusion qu'un hydrosalpinx peut, par un traitement conservateur, être transformé en une trompe capable de remplir ses fonctions normales, et que les fonctions d'un ovaire sain ne sont pas supprimées par sa transplantation à l'intérieur de la trompe.

(*Rev. de thér. méd. chirur.*)

---

### DYSPEPSIE D'ORIGINE GÉNITALE

Par le professeur Jaworski, de Krakow.

Le Prof^r Jaworski appelle l'attention sur une forme de dyspepsie chez la femme dépendant de troubles génitaux. Dans huit cas soumis à son observation, il constata que les organes génitaux étaient normaux et qu'il en était de même de l'appareil digestif. Aucune malade ne présentait de symptômes d'hystérie. Six de ces malades étaient de jeunes femmes mariées qui se plaignaient de mauvais goût dans la bouche, de nausées, de perte d'appétit, de renvois, de sensation de constriction dans l'estomac et l'œsophage, de pesanteur au creux de l'estomac après les repas, salivation, constipation, et vertiges. Les symptômes étaient plus marqués le matin. D'après l'auteur, il s'agit de troubles nerveux de l'estomac (mouvements péristaltiques anormaux de l'estomac et de l'œsophage, et contraction et relâchement irrégu-

liers du cardia et du pylore), entièrement produits par des rapports sexuels incomplets pour éviter la grossesse. Dans un cas, celui d'une femme de trente ans, qui souffrit pendant deux ans de ces symptômes, la guérison suivit une saison thermale. Mais il y eut rechute dès qu'elle rentra chez elle et cohabita avec son mari d'une façon incomplète. Dans deux cas, la cause était l'émission trop rapide du sperme du mari. Dans ces cas, le traitement est de peu de valeur.

(*Gaz de Gyn.*)

---

# VARIÉTÉS

Les femmes et la vélocipédie. — La bicyclette a fait en Allemagne des progrès rapides, quoique un peu plus lents qu'en France. Très attaquée au début au nom de l'hygiène, elle a vu petit à petit ses détracteurs devenir plus rares et il est exceptionnel aujourd'hui de voir un médecin en dire du mal. Admise et même recommandée, sauf contre-indication, par tous pour le sexe masculin, elle n'a pas encore remporté une victoire complète pour ce qui est du sexe féminin. La bicyclette convient-elles aux femmes ? Tel est le point sur lequel porte la discussion, et il faut reconnaître que la victoire semble se dessiner en faveur du sport à la mode.

M. Theilhaber, après avoir étudié l'hygiène du bicycliste, examine les indications et les contre-indications de la vélocipédie suivant les divers états pathologiques. Il n'hésite pas à la recommander dans le catarrhe chronique des bronches, dans la symphyse pleurale, dans certaines formes de tuberculose, et même parfois, avec les précautions voulues, dans les affections du cœur. Ce sport a les plus heureux effets dans la neurasthénie et l'hystérie, quoiqu'il y ait des exceptions ; il ne convient généralement pas aux chlorotiques. Au point de vue gynécologique, il est utile dans l'aménorrhée due à l'arrêt de développement de l'utérus, dans la dysménorrhée nerveuse ; mais il faut l'interdire en cas de blennorragie, de myome ou de tumeur ovarienne ; les déviations utérines ne le contre-indiquent pas et il peut améliorer le prolapsus de l'utérus ; enfin la vélocipédie doit être interdite dans les cas de cystite, de grossesse, pendant la période menstruelle et dans les mois qui suivent l'accouchement. (*Münch. med. Woch.*, 1896, n° 48.)

M. Floel cite des chiffres qui paraissent montrer que l'usage de la bicyclette ne modifie pas la menstruation ; une fois cependant il a fait éclore la menstruation chez une femme qui était arrivée à l'âge de trente-deux ans sans avoir jamais été réglée. (*Deut. med. Woch.*, 1896, n° 48.)

(*Bulletin médical.*)

—

Sur l'avortement: — On sait le retentissement douloureux qu'a produit dans le monde médical l'affaire d'avortement qui va se dérouler bientôt devant la Cour d'assises de la Seine. Deux de nos confrères — et l'un deux occupe dans la presse médicale, une place importante — sont compromis dans cette affaire et arrêtés. Jusqu'au moment où la justice aura prononcé sont jugement suprême, notre devoir est de considérer ces deux malheureux comme innocents du crime qu'on leur reproche et de nous élever contre cette rage des journaux de publier de longues colonnes de renseignements plus ou moins faux, dans le seul but de satisfaire la malsaine curiosité des lecteurs et sans se préoccuper jamais, des tristes et irrémédiables conséquences qu'auront, pour des victimes peut-être, leurs inutiles indiscrétions.

Au sujet de cette affaire, l'on a rappelé combien les erreurs de diagnostic, dans les premiers mois de la grossesse, sont fréquentes ; l'on a rappelé que la plupart de ceux qui ont un nom en chirurgie avaient commis de pareilles erreurs. La liste des observations de l'espèce qu'ils ont publiées, est longue et intéressante. Mais un point sur lequel on n'a pas suffisamment insisté, c'est le rôle de duplicité et de canaillerie que savent jouer certaines femmes enceintes pour tromper le médecin, abuser de sa bonne foi et arriver ainsi à leurs fins : se faire avorter grâce à un examen médical ou à une opération.

Nous nous sommes rappelé que notre ami Paracelse avait eu jadis une aventure de l'espèce et qu'il l'avait fidèlement rapportée dans ce journal même (1). Elle est typique. Nous avons cru que nos lecteurs — qui sans doute ne s'en souviennent plus — la liraient encore avec intérêt.

Je vous demande la permission d'abandonner aujourd'hui le ton habituel de nos causeries pour vous raconter une simple histoire qu'il serait vraiment regrettable de laisser perdre.

Cela date de quelques mois. Je fus mandé un beau jour chez une

(1) *La Clinique*, 1889, page 734.

dame qui m'était d'ailleurs complètement inconnue. Ce sera Mme Z..., voulez-vous ?

« Monsieur, me dit-elle, sans autre préambule, n'est-ce point vous qui avez récemment donné des soins à Mme X...

— Oui, Madame.

— Elle avait une affection de matrice très grave, n'est-ce pas ! Elle a tant souffert la pauve femme ! Elle a traîné si longtemps de médecin en médecin ! Et vous l'avez si bien guérie ! Elle est si heureuse !

La vérité est que Mme X... avait une simple vaginite dont je l'avais en effet, débarrassée. Oh ! sans grande difficulté, allez ! Seulement avant de venir chez moi ou chez tout autre, Mme N... avait été, trois années durant, échouer chez les charlatans connus ; traitée, Dieu sait comme, par trois ou quatre accoucheuses, et finalement entreprise, après un minutieux examen au spéculum, par un pharmacien dont je tairai le nom pour ne pas encourir les reproches du parquet.

Enfin, ma nouvelle cliente qui ignorait tout cela me dit qu'elle avait une métrite, qu'elle avait été traitée à Liége par des médecins des plus sérieux ; qu'elle venait actuellement habiter Bruxelles, et que sur la recommandation de son amie elle se confiait à moi, convaincue qu'elle serait bientôt délivrée de ses tourments.

C'était très bien ; mais je crus toutefois devoir prévenir mon interlocutrice qu'il ne m'était pas possible, comme cela, de prime abord, de partager l'absolue certitude qu'elle émettait avec une si chaleureuse conviction.

Alors je l'interrogeai. Elle me narra tout ce qu'elle ressentait, tout ce qu'elle éprouvait, minutieusement, d'une façon claire et intelligente.

On eût dit d'un manuel de gynécologie à l'article endométrite. Ce qui l'exaspérait surtout, c'étaient les hémorragies : des règles surabondantes, des coulées énormes de sang qui duraient huit jours et revenaient avec une fréquence désespérante tous les quinze jours, au plus tard au bout de trois semaines.

Voyez-vous docteur, hier cela a cessé ; j'étais indisposée depuis une longue semaine ; qui sait si j'aurai seulement huit jours de repos !

Cependant en dehors du sang, tout autre écoulement est peu abondant.

J'avais par hasard un spéculum sur moi. J'examinai Mme Z... séance tenante. Il y avait en effet un peu de perte blanche, le col était large, légèrement entr'ouvert. A la palpation le corps semblait un peu augmenté de volume et sur toute la région utérine et ovarique la

pression était fort douloureuse. (C'est du moins ce que m'affirmait Mme Z...)

Tout ceci était donc d'accord avec les renseignements qui m'avaient été donnés. Mais le cathétérisme seul pouvait m'éclairer plus complètement sur l'état interne de l'organe malade, et sur son réel changement de volume.

Aussi lorsque l'on me questionna sur le résultat de mon examen et sur le pronostic qui devait le suivre, je répondis que j'avais encore quelque chose à faire, que je ne pouvais rien affirmer maintenant, et que je reviendrais le lendemain.

« Comment docteur, la servante, ne vous avait donc pas dit d'apporter *tous* vos instruments ?

— Non madame.

« C'est bien regrettable, j'aurais préféré en finir tout de suite. »

L'après-midi, j'eus la visite de M. Z...

Il voulait être renseigné sur l'état de sa femme.

Je remis la réponse au lendemain.

Jusqu'ici rien de bien extraordinaire, n'est-ce pas ?

Oui, mais, c'est le dénouement auquel vous ne vous attendez pas.

Ce dénouement le voici.

Le soir même, je recevais la visite d'une autre dame aussi inconnue que la première.

Et voilà ce qu'elle dit :

« Monsieur, je n'ai pas l'honneur de vous connaître, mais je crois qu'il est de mon devoir de vous éviter une aventure dont vous seriez involontairement le complice, et qui vous serait très désagréable, j'en suis sûre.

« Sachez qu'il n'y a pas un mot de vrai dans tout ce que vous a conté Mme Z... ! Les hémorragies ne doivent pas la gêner beaucoup, car elle n'a plus eu ses règles depuis deux mois, étant enceinte. Tous les symptômes qu'elle vous a si bien décrits, c'est une leçon apprise par cœur. Et croyez qu'elle la sait bien, car chaque fois qu'elle use de ce stratagème, elle arrive toujours à se faire sonder et par conséquent avorter par le médecin, dont la bonne foi doit fatalement se laisser surprendre. Cela lui a réussi à trois reprises différentes ; et vous eussiez été en bonne compagnie, car un professeur d'une de nos universités a été dupe comme les deux autres. Je suis au courant de la chose, mais cette fois je ne puis me résigner à taire ce que je considère comme une obligation de vous dévoiler ! »

Et bien, n'est-ce pas que le dénouement est peu banal ?

Ah ! on en apprend tous les jours !

Je crois inutile de faire suivre ceci de réflexions. Je n'ai plus revu Mme Z.., évidemment. Un moment je l'ai regretté. Car enfin cette brave femme qui est venue me prévenir m'en avait peut-être fait accroire ? Eh bien non ! Par le plus grand des hasards, j'ai appris il y a quelque temps, que sept mois après cette aventure Mme Z... avait mis au monde un garçon fort bien construit et parfaitement à terme.

Voilà un truc débiné, madame !

C'était bien imaginé, cependant !

On en trouvera d'autres. PARACELCE.

(*La Clinique*, de Bruxelles.)

---

## Société française d'Hygiène. — Concours de 1896

LAURÉATS DU CONCOURS

Dans la séance du 12 février, M. le Secrétaire perpétuel a donné les noms des lauréats ; liste dressée par la Commission des prix dans sa séance plénière du 9 février.

*Médailles de vermeil* (ex æquo) :

M. G. BAUDRAN, pharmacien à Beauvais (Oise), déjà lauréat de la Société aux Concours de 1894 et 1895.

M. le Dr Alexandre FAIDHERBE, à Roubaix (Nord).

*Médailles d'argent* (ex æquo) :

M. le Dr COINDREAU, médecin-major au 93e régiment d'infanterie, à la Roche-sur-Yon (Vendée), déjà lauréat du Concours de 1892.

M. le Dr BIGNAMI, à Alfaniello, Prov. de Brescia (Italie).

*Médailles de bronze* :

M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES, de Paris.

M. REVERCHON, instituteur à Autoreille (Haute-Saône), déjà lauréat du Concours de 1890.

M. le Dr Bauzon, de Chalon-sur-Saône, déjà lauréat du Concours de 1883.

M. le Dr HAAN, au Havre (Seine-Inférieure).

---

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**24. — Régime alimentaire des neurasthéniques.** — La neurasthénie était une des complications les plus fréquentes des affections utérines, nous reproduisons les remarques suivantes sur le régime alimentaire des neurasthéniques.

Vigouroux limite strictement ce régime à la *ration d'entretien*. Il repousse la suralimentation ; l'organisme est incapable d'employer tous les matériaux que lui fournissent les aliments. La quantité d'aliments devant être égale aux besoins de l'organisme, il faut plutôt la diminuer chez le neurasthénique dont la température est inférieure à la normale, dont les oxydations et excrétions sont amoindries, l'alcalinité du sang diminuée. Pour fixer la ration d'entretien, Vigouroux procède par tâtonnements. Il prescrit une dose d'aliments inférieure à la normale et observe les variations de poids du malade. Ce poids diminue habituellement au début, pour rester stationnaire au bout de dix ou quinze jours ; le régime prescrit correspond alors à la ration d'entretien. Si la diminution de poids continue après une quinzaine, on augmente un peu le régime et ainsi de suite.

On ordonnera le régime mixte : viandes grillées et rôties, poisson à chair maigre, jambon, œufs, légumes verts sauf l'oseille, pommes de terre en purée ou bouillies, farines diverses en potages, riz, pâtes d'Italie, lait, café au lait, fruits de préférence cuits, peu ou pas de bouillon, pas de sauces et surtout pas d'épices, peu de pain.

Les repas, au nombre de trois par jour, seront aussi espacés que possible.

Comme boisson, la meilleure est l'eau, le thé léger ou encore le vin blanc largement coupé.

A l'opposé de Vigouroux, *Beard et Weir-Mitchell pratiquent la suralimentation*. Ils veulent fournir au malade les matériaux nécessaires au relèvement de ses forces. Beaucoup de neurasthéniques, disent-ils, mangent d'une façon insuffisante. Ils recherchent les aliments les plus nutritifs sous le moindre volume et recommandent les matières grasses.

Nous avons vu, dans le dernier numéro, que le traitement de Weir-Mitchell réussissait fort bien dans les neurasthénies graves qu'on observe fréquemment chez la femme.

Les opinions si opposées de Vigouroux et Weir-Mitchell sont-elles impossibles à concilier ? Nullement. Avec Weir-Mitchell, on doit penser que les neurasthéniques ont besoin de toniques, d'une alimentation généreuse. Avec Vigouroux, nous considérerons que souvent leur tube digestif ne supporte pas ce régime intensif. On n'ordonnera donc ce dernier dans toute sa rigueur que dans les cas de neurasthénie grave.

***

**25. — A propos de la question des injections vaginales après l'accouchement.** (*Société de Médecine de Nancy*, séance du 8 juillet 1896.) — M. Haas développe les raisons pour lesquelles il se déclare l'adversaire de ces injections systématiquement pratiquées. Il fait d'abord ressortir leur inutilité pendant la puerpéralité normale, attendu que l'infection puerpérale est considérée à peu près unanimement aujourd'hui comme une infection ectogène, et il expose ensuite les faits qui établissent le danger des injections post-partum abandonnées aux mains des sages-femmes.

A l'appui de sa manière de voir, M. Haas rappelle d'ailleurs l'opinion de Müller (de Berne), de Lucas-Championnière (de Paris), et de Léopold (de Dresde), les statistiques probantes de Güsserow, et enfin, la pratique des principaux accoucheurs des hôpitaux de Paris, MM. Auvart, Bar, Budin, Champetier de Ribes, Maygrier, Pinard.

Il termine sa communication en déclarant que, pour sa part, comme sans doute pour la plupart de ses collègues accoucheurs, l'idéal serait d'avoir des sages-femmes dont toute la science consisterait à savoir reconnaître une présentation fœtale par la seule exploration externe, à surveiller attentivement la marche d'un accouchement et à faire appeler le médecin dès qu'elles soupçonneraient une cause de nature à en entraver l'allure physiologique. On éviterait ainsi non seulement l'infection par le toucher, mais encore les accidents si fréquents provoqués par des interventions maladroites ou inopportunes.

Il est vrai, ajoute l'auteur, que nous n'aurions plus alors que de simples sages-femmes au lieu d'avoir des tocologistes.

M. Remy. — M. Haas nous apporte l'autorité de nombreux auteurs ; j'aimerais mieux des statistiques. Or, mon opinion s'appuie sur les

statistiques de M. Tarnier, établies dans des conditions qui en font de vraies expériences de laboratoire. Une injection bien faite ne peut être dangereuse.

M. Haas. — Toute la question est de savoir si elle sera bien faite. De plus, les sages-femmes, se fiant aux injections, négligeront l'asepsie.

M. A. Herrgott. — Evidemment, on peut contaminer une femme si on se sert d'une canule malpropre, comme dans les cas sur lesquels s'appuie M. Haas. Mais c'est là ce qui ne doit pas être, ce qu'il faut apprendre aux sages-femmes à éviter.

Il faut aller plus vite que l'infection, la prévenir. Aussi je resterai partisan des injections préventives en m'appuyant surtout sur les très bons résultats obtenus à la Maternité de Nancy, où j'enseigne aux élèves sages-femmes à se désinfecter complètement les mains et à se servir d'une canule spéciale pour chaque femme. Il faut faire de l'antisepsie avant le travail, pendant le travail et aussi pendant les suites de couches, en procédant avec précaution.

***

**26.— Le ptyalisme pendant la grossesse et son traitement.**— Lvoff (*Bolnitch. Gazeta Botkinæ*, 1896) a recherché comment et dans quelles conditions apparaît le ptyalisme pendant la grossesse.

Le ptyalisme, d'ailleurs assez rare pendant la grossesse, commence d'abord très légèrement, va en s'accentuant sans cesse, et au troisième mois, offre une certaine gravité par son intensité. Plus tard, il altère la nutrition, produit de l'anorexie, de l'insomnie et des troubles nerveux. Enfin, il peut aller jusqu'à devenir dangereux pour la vie de la malade ; mais après l'accouchement naturel ou artificiel, il disparaît, en général.

Lvoff vient, en effet, de constater deux cas de ptyalisme grave chez deux multipares. Le maximum de salivation a été atteint au troisième mois, et les malades ont été épuisées et sont devenues de véritables neurasthéniques. Elles perdaient de mille à seize cents centimètres cubes de salive par jour, et cela sans tenir compte de ce qu'elles avalaient.

L'auteur s'est occupé de l'étiologie de ce ptyalisme spécial. Il le compare aux vomissements incoercibles de la grossesse. Il le consi-

dère, d'autre part, comme un phénomène d'ordre réflexe à point de départ utérin, se rapprochant non seulement des autres réflexes observés pendant la grossesse, mais aussi de certains réflexes apparaissant aux époques menstruelles et dans certaines maladies gynécologiques.

Lvoff a eu, dans les deux cas qu'il cite, recours aux traitements suivants : La première malade a été guérie par une médication interne consistant en bromures et en atropine. En même temps, on lui cautérisait au nitrate d'argent différentes érosions qu'elle présentait au col utérin et qui peuvent avoir joué un rôle important dans l'apparition du ptyalisme. Chez l'autre malade, la médication interne n'amena aucun changement. Mêmes lésions chez elle au niveau du col, mais les cautérisations n'en vinrent pas à bout. Aussi Lvoff eût-il provoqué l'avortement, si celui-ci ne s'était fait spontanément. Peu de temps après cet avortement, la guérison se fit complètement.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

***

**27. — De l'incontinence d'urine dans les prolapsus utérins au début : son traitement opératoire.** (M. Boursier, de Bordeaux) (*Xe Congrès de chir.*). — Parmi les symptômes fonctionnels que l'on observe dans les premières périodes du début du prolapsus, il faut faire une large part aux troubles urinaires, et parmi ceux-ci l'incontinence d'urine mérite une place spéciale.

Elle revêt, en effet, des caractères cliniques particuliers : il y a des incontinences vraies ou fausses, avec ou sans douleurs, mais toujours l'incontinence se manifeste dans la station debout, s'exagère dans les efforts ou à la suite de la fatigue et disparaît d'ordinaire dans la position couchée. Elle a donc lieu surtout pendant que le prolapsus produit son maximum d'effet mécanique et elle n'est nullement en rapport exact avec l'intensité des lésions.

Cet accident paraît toujours être de cause *urétrale*, et on l'observe dans les cas où l'urètre a subi des tiraillements et des lésions qui ont été susceptibles de détruire plus ou moins complètement sa tonicité.

La lésion urétrale constatée, il est naturel de chercher à la combattre par une des nombreuses opérations de correction urétrale.

Chez une femme de trente et un ans, mariée l'année précédente et qui, dans un premier accouchement, subit 10 applications de forceps

avec déchirure totale du vagin et partielle du périnée, l'auteur constata des phénomènes de prolapsus au début, avec douleurs urinaires et incontinence douloureuse dans la station debout et au moindre effort. On lui fit en une seule séance un curettage avec amputation du col, une large colpopérinéorrhaphie et, en outre, une incision urétrale avec élévation de l'urètre par le procédé de Pousson. La malade sortit de l'hôpital complètement guérie de son prolapsus et de son incontinence, et elle est restée telle depuis lors, c'est-à-dire depuis huit mois.

La correction urétrale n'est pas admise en France dans les cas analogues, et divers auteurs affirment l'efficacité constante de la colporrhaphie antérieure dans ces circonstances (Pozzi, Comar). Aussi, chez une seconde malade âgée de trente-neuf ans, ayant fait 5 accouchements à terme et 7 fausses couches, qui présentait des phénomènes d'entéroptose et de prolapsus génital au début, avec une incontinence d'urine vraie sans douleur, mais constante dans la station debout, l'auteur se borna à pratiquer un curettage avec amputation du col, une colpopérinéorrhaphie et une très large colporrhaphie antérieure. A la suite de ces opérations la guérison du prolapsus était complète, mais l'incontinence d'urine persista avec les mêmes caractères qu'avant l'opération.

Il résulte de ces deux faits que l'opinion actuelle est trop absolue et que dans les cas de prolapsus au début, accompagné d'incontinence d'urine, les opérations de correction urétrale sont indiquées toutes les fois que les lésions urétrales sont manifestes et accentuées.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

***

**28. — Des métrorrhagies des jeunes filles justiciables d'un curettage intra-utérin.** (Laroyenne). — Il existe, chez les jeunes filles vierges, une métrite caractérisée anatomiquement par la production de fongosités sur la muqueuse utérine et cliniquement par des pertes sanguines survenues à des époques indéterminées ; souvent très abondantes, ces hémorrhagies épuisent, par leur répétition, les malades qui s'anémient rapidement.

Déjà signalée par M. Pozzi, la métrite virginale est avantageusement combattue par le curettage intra-utérin, qui doit être pratiqué de la façon suivante : la cavité utérine est dilatée avec des bougies de Hegar

(n° 21 ou 24) ; puis, avec la curette de Sims, on détruit les fongosités qui sont amenées au dehors. Lorsque la muqueuse utérine est débarrassée de ces productions morbides, on touche la cavité avec du coton imbibé de chlorure de zinc et eau à parties égales.

***

**29. — Le traitement de l'obésité chez la femme.** (Lutaud.) — Le traitement de l'obésité présente quelques indications spéciales chez la femme, non seulement parce que la diathèse semble avoir une action particulière sur les organes génitaux (aménorrhée, stérilité, frigidité, etc.), mais parce qu'elle est souvent accompagnée d'adhérences péri-utérines qui ne permettent pas d'appliquer avec la même rigueur les règles thérapeutiques auquel l'homme vigoureux peut être soumis.

Je vais formuler ici un traitement qui m'a donné de nombreux succès chez les femmes qui ont bien voulu le suivre avec persévérance.

Je le diviserai en quatre parties qui, toutes, ont leur importance et doivent être appliquées simultanément :

Traitement médicamenteux ;
Traitement diététique ;
Traitement local ;
Traitement hygiénique.

A. *Traitement médicamenteux.*

La *médication pure* vient, à mon avis, en premier lieu chez la femme qui se soumet difficilement aux traitements diététique et hygiénique. Elle est basée sur les purgatifs, les alcalins, les iodures et les opiacés ; elle a pour but l'évacuation des graisses et des produits biliaires, la perversion de la nutrition et le ralentissement des échanges.

I. — Je me suis arrêté à la *scamonée* parmi les purgatifs actifs les mieux supportés par la femme obèse. Elle agit sûrement, sans fatiguer l'intestin et produit très rapidement une diminution de volume de l'estomac et de l'abdomen. Voici la formule que j'emploie :

Scamonée..... 1 gramme.
Essence d'anis..... 1 goutte.
Pour un cachet.

En prendre un le soir, vers minuit. Il importe de prévenir les

femmes qui prennent ce médicament pour la première fois que son action est très active et a lieu environ cinq ou six heures après l'ingestion. La dose sera renouvelée tous les deux ou trois jours, et même plus rarement selon la tolérance des malades. *Les femmes qui supportent bien la scamonée maigrissent rapidement.*

II. — En même temps que la scamonée, je fais prendre chaque matin, immédiatement avant le premier déjeuner, un verre à bordeaux d'une des nombreuses eaux purgatives (Carabana, Janos, etc.) ou une cuillerée à café de la poudre suivante, dans un peu d'eau :

| | | |
|---|---|---|
| Follicules de séné en poudre..... | ãã | 3 grammes. |
| Crème de tartre..... | | |
| Soufre sublimé..... | | |
| Anis étoilé en poudre..... | | 2 — |
| Sucre..... | | 40 — |

Parmi les nombreux médicaments spéciaux préconisés contre l'obésité, l'iodure de potassium est ce que j'emploie de préférence aujourd'hui ; j'y ajoute cependant l'extrait de fucus, qui a donné quelques résultats en l'associant dans la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium..... | 10 grammes. |
| Extrait alcoolique de fucus vesiculosus | 5 -- |
| Sirop d'écorce d'orange amère..... | 190 — |

Une cuillerée à soupe tous les soirs, les jours où la malade ne prend pas la scamonée.

III. Enfin, l'expérience acquise dans le traitement de la morphinomanie m'a permis de constater que les préparations opiacées qui ralentissent les échanges, permettent à la femme de réduire l'alimentation sans en être trop incommodée. J'associe dans ce cas l'opium à l'iodure de potassium :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium..... | 10 grammes. |
| Extrait thébaïque..... | 20 centigr. |
| Sirop d'écorce d'orange amère..... | 190 grammes. |

Une cuillerée à soupe chaque soir (même réserve que pour la formule précédente).

IV. *Iodothyrine* (Thyroïodine de Baumann). — Dans ces derniers temps Baumann, de Fribourg en Brisgau, a préconisé ce médicament contre le goître. Les quelques essais faits jusqu'à ce jour nous per-

mettent de recommander ce médicament contre l'obésité; il s'emploie à la dose de un à quatre grammes par jour, suivant la tolérance des malades.

Il est préférable d'employer les cachets comprimés dosés à 0,25 centigr.

Les partisans de l'iodothyrine affirment que l'emploi seul de ce médicament est suffisant pour réduire le poids en supprimant tout autre traitement. C'est une question sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir plus tard.

B. — Le *traitement diététique* est plus compliqué. Etant donnée la difficulté qu'on éprouve à l'imposer à la femme qui ne veut pas renoncer à ses habitudes mondaines, je l'ai simplifié le plus possible et ne lui ai pas donné cette forme mathématique des pesées, qui n'est pas toujours pratiqué.

La femme doit manger souvent, afin de se soustraire aux repas copieux. Il faut quatre repas et cinq si possible. Voici quelle en est la substance.

*Premier déjeuner de sept à neuf heures.*

Environ 50 grammes de viande (le choix en est laissé à la patiente), pain grillé ou en flûte à discrétion; tasse de café sans lait, *pas de beurre.*

*Deuxième déjeuner de onze heures à une heure* : viande à discrétion, un œuf, fromage, 50 grammes de pain grillé ou en flûte ; une tasse de thé, avec ou sans lait.

*Troisième repas ou goûter.*

Une tasse de thé ou un verre de madère avec des biscuits secs.

*Quatrième repas (entre sept et huit heures).*

Pas de potage, viande et poisson à discrétion, salade, environ 50 grammes de légumes, fromage, 50 grammes de pain grillé ou en flûte, un fruit ; un verre de bordeaux ou de bourgogne pur.

*Cinquième repas entre onze heures du soir et une heure du matin* (facultatif).

Légère collation composée d'un verre de madère, d'une tranche de viande froide et d'un biscuit sec.

Suppression absolue du beurre et des boissons gazeuses.

On voit que ce régime est d'une extrême simplicité, puisqu'il ne défend rien de l'alimentation ordinaire et ne diffère de la diète habi-

tuelle française que par l'addition d'un repas à la fourchette, le matin.

C. — Le *Traitement local* a une très grande importance chez la femme dont l'obésité se complique d'affections utérines ou péri-utérines. Il consiste dans un massage scientifique, non seulement des muscles de la région abdominale et lombaire, mais encore de l'utérus et de ses annexes lorsque ceux-ci sont enclavés et adhérents aux organes voisins.

Le massage n'est applicable que lorsque les complications inflammatoires ont disparu ou sont considérablement atténuées.

Il doit être appliqué avec persévérance, surtout chez les femmes qui ne peuvent marcher et se livrer aux exercices physiques.

L'exercice et l'hydrothérapie, ainsi que la sudation, sont nécessaires pour combattre l'obésité.

L'exercice a pour but d'augmenter l'oxydation des tissus, de fortifier le système musculaire et d'empêcher l'envahissement des fibres musculaires par la graisse interstitielle. C'est malheureusement cette partie du traitement qu'il est le plus difficile de faire accepter aux femmes, même lorsqu'il n'existe aucune contre-indication du côté des organes génitaux.

La marche est rarement acceptée par les femmes obèses. J'ai recours à des appareils gymnastiques que je fais installer dans les appartements (gymnastique suédoise) et qui permettent un exercice rationnel des muscles. J'insiste, chaque fois que cela est possible, pour que les séances de gymnastique aient lieu dans des établissements spéciaux où les malades sont dirigées et stimulées.

Pour varier, je prescris l'usage de la bicyclette quand il n'y a pas de contre-indication dans l'état local. La nouveauté de cet exercice, qui est en même temps un amusement, m'a permis de tirer un grand nombre de femmes de leur torpeur orientale.

Enfin, la sudation (bain turc), suivie de la douche et du massage, vient très utilement compléter la thérapeutique de la femme obèse, qui accepte très bien cette partie du traitement lorsqu'il n'existe aucune contre-indication du côté des organes thoraciques.

Les cures thermales sont très utiles dans l'obésité, parce qu'elles obligent à un déplacement et favorisent l'application des méthodes thérapeutiques que j'ai formulées plus haut.

J'insiste surtout sur les eaux sulfatées sodiques (Marienbad et Carlsbad) et sur les eaux de Brides et de Châtel-Guyon.

***

**30. — Gastro-entérite cholériforme des nourrissons ; son traitement.** — M. Marfan vient de publier dans la *Presse médicale* un article très important dont il donne lui-même le résumé suivant : Le traitement de la gastro-entérite cholériforme des nourrissons comprend la diète hydrique, les injections d'eau salée caféinée, les bains chauds. Il faut bannir les lavages de l'estomac et de l'intestin et proscrire l'introduction d'un médicament quelconque dans le tube digestif *pendant la phase aiguë*.

En traçant les lignes précédentes, l'auteur s'est inspiré non seulement de ses nombreux succès, mais encore de ses insuccès dont il a su retirer d'utiles renseignements.

M. Marfan rappelle que la diète hydrique n'est employée que depuis quelques années en dépit des efforts de Lutton, Remy et Netter. Le nourrisson atteint de gastro-entérite supporte mal l'abstinence d'eau bien plus que l'abstinence de lait. Au seuil de la vie, toutes les spoliations d'humeur sont bien plus nuisibles que dans l'âge adulte. La diète hydrique supprime les putréfactions gastro-intestinales, laisse reposer l'estomac et l'intestin, calme la soif, obvie à la déshydratation des tissus et maintient la diurèse. Il faut donner de l'eau bouillie froide dans le biberon ou dans la timbale, tant que l'enfant en veut boire ; on peut, suivant les cas, faire prendre 50 grammes toutes les demi-heures, 100 grammes toutes les heures ou 150 grammes toutes les heures et demie. M. Remy et M. Gassot préfèrent donner, à la place d'eau bouillie, une eau minérale naturelle, très faiblement alcaline et très faiblement gazeuse ; par exemple les eaux faibles de Vals.

Mais on n'a pas toujours ces eaux sous la main, et l'eau bouillie remplit bien le but cherché quand elle est donnée à la température ordinaire. Après quelques heures si l'enfant ne prend pas volontiers l'eau pure, on y ajoute un peu de sucre. La diète hydrique dure de 24 à 48 heures suivant l'état du patient. Dès que l'amélioration est manifeste, on donne toutes les 4 heures, 40 grammes de lait stérilisé additionné de 40 grammes d'eau lactosée à 10 pour 100. Alors si les accidents reparaissent, on revient à la diète hydrique 6 heures, 8 heures ou 10 heures. Si le nouveau-né supporte l'alimentation, on diminue peu à peu la quantité d'eau lactosée et on augmente la quantité de lait. Peu à peu on arrive à l'alimentation normale. Outre la

diète hydrique, il faut prescrire les injections d'eau salée constituant un agent puissant d'élimination des toxines microbiennes.

M. Marfan emploie la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Eau (non distillée) stérilisée..... | 300 gr. |
| Chlorure de sodium..... | 2 gr. 10 |
| Citrate ou benzoate de caféine..... | 0 gr. 75 |

Dans les cas graves, on fait 3 injections par jour, sous la peau du ventre ou dans les masses musculaires de la fesse. Chaque fois on injecte de 5 à 20 gr. suivant l'âge. On peut continuer les injections pendant 4 à 5 jours. En résumé, ces injections agissent très favorablement sur l'état toxi-infectieux probablement en augmentant la phagocytose et en stimulant les propriétés bactéricides et antitoxiques des humeurs.

A la diète hydrique et aux injections d'eau salée caféine, on joindra l'usage des bains chauds à 35° où 36°, d'une durée de 5 à 10 minutes, donnés 2 à 4 fois par jour.

Les bains chauds semblent convenir à la pluralité des cas de gastro-entérite cholériforme des nourrissons. Exceptionnellement, dans les cas d'hyperthermie extrême au début, on pourra employer le bain froid à 25°.

S'il y a hypothermie, il est indiqué de réchauffer l'enfant en l'enveloppant d'ouate et en plaçant des boules d'eau chaude dans son berceau. Dans ces cas, quand on sort l'enfant d'un bain chaud, on fait rapidement une friction alcoolique.

Grâce à l'emploi de ces moyens énergiques, l'enfant entre d'habitude en convalescence vers le 5e ou le 6e jour. Dès lors on doit régler l'alimentation et savoir, suivant les cas, la modifier jour par jour, heure par heure, pour éviter les rechutes de l'adynamie.

Il peut cependant persister de la tendance à la diarrhée. Si les vomissements réapparaissent, il faut prescrire la diète hydrique pendant quelque temps, et, si les accidents initiaux sont éloignés, on administre, pendant la durée de cette diète, du calomel à doses très faibles et fractionnées :

| | |
|---|---|
| Calomel..... | 1 centigramme. |
| Sucre..... | 50 — |

Divisez en 5 paquets. 1 paquet toutes les 1/2 heures.

Quand la tendance à la diarrhée est faible, on donne la potion suivante :

Infusion de racine de columbo... 1 gr. p. 75 gr.
*Passez et ajoutez :*
Sous-nitrate de bismuth..... 3 gr.
Sirop de fleurs d'oranger..... 15 gr.
Une cuillerée à café avant chaque tétée.

Enfin, pourquoi repousser le lavage de l'estomac et celui de l'intestin ? L'auteur a observé d'abord, à la suite du lavage de l'estomac, plus tard, à la suite du lavage de l'intestin, tantôt des convulsions tantôt du collapsus survenant moins de 2 heures après le lavage. Bien que de pareils faits soient rares; M. Marfan estime qu'il vaut mieux s'abstenir de lavages.

Une remarque pour finir : L'auteur ne prescrit ni benzo-naphtol, ni bétol, ni salol, ni acide lactique, ni tanin, ni opium. Il n'a eu aucun résultat favorable dans la gastro-entérite cholériforme sous l'influence de l'ingestion de ces produits.

Il donne le bismuth et le calomel *pendant la convalescence seulement*. Dans la période aiguë, il faut se garder d'introduire dans le tube digestif toute substance irritante.

*Chez les jeunes enfants, on ne peut dépasser la dose de* 1 *centig. de calomel en* 24 *heures en la fractionnant. Aux doses indiquées par les classiques, le calomel est un médicament dangereux provoquant parfois de la colite dysentériforme.* Ces observations sont frappées au coin du bon sens. Bien entendu, le traitement institué par M. Marfan nécessite une surveillance attentive des nourrissons malades.

(*Journal d'accouchements.*)

***

**31. — Traitement de la rupture de l'utérus pendant l'accouchement,** (*Revue de chirurgie polonaise*, 1896, t. III, ft.)— M. Krajewski rapporte deux nouvelles observations de rupture utérine pendant le travail, dans lesquelles il a eu à intervenir. En se basant sur ces deux cas et les trois qu'il a observés précédemment, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° On recourra à la *laparotomie avec suture de la rupture*, si la rupture est complète, si l'on est assuré que l'accouchement a été fait d'après toutes les règles de l'antisepsie, que la lésion n'intéresse pas

les ligaments larges et qu'on a la certitude de pouvoir réunir les bords de la plaie ;

2° La *laparotomie avec hystérectomie totale* est indiquée dans tous les cas de rupture complète où l'infection est à craindre ; dans les cas aseptiques où l'on s'aperçoit, au moment de la laparotomie, que les lèvres de la plaie utérine sont trop déchiquetées pour permettre une réunion parfaite ; enfin lorsque la déchirure s'étend aux ligaments larges ;

3° Enfin on devra pratiquer l'incision extra-péritonéale, d'après le procédé de Bardenheuer, lorsque la déchirure est partielle et qu'il y a un vaste épanchement sanguin sous-péritonéal, difficile à arrêter ; il en est de même en cas de rupture utérine partielle avec menace d'infection, car ce procédé permet de bien drainer la cavité sous-péritonéale.

TOUVENAINT.

***

**32. — Métrites virginales hémorrhagiques traitées par le curettage.** — Dans les numéros du 28 novembre et du 19 décembre 1896, nous avons résumé deux travaux relatifs au traitement des ménorrhagies des petites filles. Nous trouvons dans la *Loire médicale* un mémoire de M. le Dr BLANC qui vient montrer à nouveau combien dans ces cas est indispensable l'intervention chirurgicale.

M. Blanc a eu à soigner quatre petites filles ; trois ont été curettées et ont guéri ; pour la quatrième les parents ont refusé l'opération et l'enfant est morte moins de huit jours après.

Les opérées étaient cependant dans un état lamentable ; chez toutes la curette a ramené des fongosités ; chez toutes la guérison s'est maintenue.

Ce sont là des documents très suggestifs.

***

**33.— Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus.** (Ch.-E. LAIRÉ. *Thèse de Paris*, 1896.) — L'étude fort intéressante que M. Lairé consacre à cette question depuis longtemps discutée et toujours d'actualité se divise en deux parties distinctes. La première n'est en réalité qu'un rapide résumé des notions que nous possédons actuellement sur l'étiologie et l'anatomie pathologique du cancer utérin. Elle contient néanmoins d'utiles indications sur la différenciation des cas et la limitation de l'intervention chirurgicale. On doit, dit l'A., mettre de

côté les cas où tous les organes pelviens voisins sont envahis par le néoplasme, en un mot, les cas où la femme en est arrivée à la cachexie cancéreuse. Ce premier chapitre comprend en outre d'importantes notions relatives à l'anatomie pathologique de l'extension des organes voisins et aux complications à distance.

La seconde partie de cette étude, comprenant le deuxième et le troisième chapitre, est un exposé très soigné et très complet des statistiques nombreuses auxquelles a donné lieu le genre d'intervention opératoire dont il s'agit. Ce sont d'abord les statistiques anciennes de Hache, A. Martin, Schrœder et Hoffmeier. Léopold, Bouilly, Segond. C'est ensuite la statistique personnelle de l'A., portant sur 170 cas de malades opérées la cavité abdominale. Dans le traitement post-opératoire l'essentiel est de s'abstenir de toute intervention, ce qui est possible parce qu'on suture avec du catgut. Le traitement avec les pinces ne doit pas être recommandé, parce qu'il ne permet pas de fermer la cavité abdominale, de sorte qu'il peut survenir une infection par le vagin.

Olshausen ne pratique l'opération sacrée que dans les cas qui ne sont pas opérables autrement, car le vagin constitue la voie naturelle.

Les résultats immédiats de l'opération sont remarquables. Depuis e 1er avril 1894 Olshausen a opéré 193 cas avec seulement 3 cas de morts et, dans ces 18 derniers mois, 100 cas avec un seul cas mortel à la suite d'une pyémie existant déjà avant l'opération. De 1886 à 1894, Schauta avait eu 12 morts sur 140 cas. Füsch 6 cas mortels sur 60 cas, Olshausen lui-même 7 morts sur 77 cas jusqu'en 1894.

On ne peut naturellement porter un jugement sur les résultats éloignés de l'opération que lorsque le temps écoulé depuis l'intervention est considérable. Mais apparemment les récidives sont plus rares qu'auparavant et la méthode offre encore la seule ressource pour enlever avec succès un utérus cancéreux. Elle constitue donc une des plus grandes conquêtes de la chirurgie.

***

**34.—Traitement de l'Eclampsie puerpérale.**— Dans un très substantiel travail sur le traitement de l'éclampsie obstétricale M. le Dr René de Cottret, professeur à la faculté de Laval (Canada), donne, dans les conclusions suivantes, son opinion sur ce point très controversé de thérapeutique obstétricale :

1° Suivre la femme enceinte autant que possible, surtout dans la

dernière moitié de la grossesse ; lui enseigner les préceptes de l'hygiène de son état ; surveiller principalement les reins et examiner souvent les urines : se rappeler les autres symptômes précurseurs de l'éclampsie, douleur épigastrique, etc., et ne pas oublier qu'il peut y avoir menace d'éclampsie, et même que cette dernière peut apparaître sans qu'on trouve d'albumine dans les urines ; recommander le lait à toute femme enceinte ; et la soumettre au régime lacté absolu, quand elle présente quelques signes qui sont le présage plus ou moins éloigné de l'éclampsie.

2° A l'approche d'une attaque d'éclampsie : recourir à la saignée, quand la gestante la peut supporter, — rares sont celles à qui on ne peut enlever au moins une dizaine d'onces de sang, — aux purgatifs, aux diurétiques, aux diaphorétiques : essayer le chloral ; ne jamais provoquer l'avortement.

3° Quand l'attaque d'éclampsie est déclarée : veiller à ce que la malade ne se blesse pas pendant l'accès, prévenir les morsures de langue, recourir à la saignée, aux inhalations de chloroforme, au chloral, au purgatifs et aux diurétiques.

4° Après l'attaque ; régime lacté, toniques, et surtout, quand l'accouchement est terminé, antisepsie plus rigoureuse que jamais.

Au travail de M. Cottret est annexé un index bibliographique très fourni. (*L'Union méd. du Canada.*)

***

**35.— Aménorrhée.** — Rechercher la cause. Examen des organes génitaux. Apiol. Deux capsules par jour.

Feuilles d'armoise pulvérisées ..... } ââ 2 gr. 50
Feuilles de millefeuille pulvérisées .... }
Safran pulvérisé..... 1 gramme.

Diviser en cinq cachets. En prendre un tous les soirs.

***

**36.—Accouchement (contractions tétaniques pendant le travail).** (Muller.)

Teinture d'iode..... 1 gramme.
Alcool..... 2 —

A prendre toutes les demi-heures cinq gouttes dans un demi-verre d'eau chaude.

Le résultat s'obtient dès la deuxième ou la troisième dose.

# FORMULAIRE

## *Traitement des rétrodéviations adhérentes.*

(Jules Chéron.)

Dans le traitement médical des rétrodéviations adhérentes, c'est souvent une grosse difficulté de reconnaître, d'une façon exacte, le siège, le volume et la nature des adhérences, et cela surtout quand l'utérus est ramolli, hypertrophié, enclavé dans la concavité sacrée dont on ne peut le dégager.

Nous avons eu l'idée d'employer, même dans les cas de rétrodéviations que nous supposions adhérentes (on sait que les fausses adhérences sont loin d'être rares) l'anneau souple en étain malléable, suivant la technique décrite dans notre dernier formulaire. L'utérus se durcissait au contact du corps étranger placé dans le cul-de-sac postérieur ; il diminuait par conséquent de volume et, après quelques jours, on pouvait commencer à le désenclaver.

Dès lors, il devenait facile de constater, par l'examen bi-manuel, où se trouvaient placées les adhérences, de voir si ces adhérences étaient en nappe ou bien constituées par des brides dont on pouvait préciser l'épaisseur, la longueur et la situation.

Si le résultat de l'examen était douteux, le replacement de l'anneau pendant plusieurs jours, en prenant soin de courber davantage la branche postérieure du pessaire, accentuait l'effet produit la première fois et permettait un diagnostic plus complet.

Nous avons pu, ainsi, soumettre au massage des cas de rétrodéviation adhérente que nous n'avions pu traiter de la même façon avant d'avoir employé ce procédé.

Nous n'avons pas à décrire, ici, l'allongement des adhérences périutérines ; nous nous bornerons à rappeler que la plus grande prudence est de mise en pareil cas et que toute manœuvre de violence pourrait aller à l'encontre du but que l'on se propose d'atteindre, en produisant de nouveaux exsudats qui feraient de nouvelles adhérences.

*Directeur-Gérant*, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

I. — Symptomes et nature du déciduome malin.

II. — Le kraurosis vulvæ.

III. — Correspondance.

I. — Décrit, pour la première fois, par Meyer, en 1876, et très rarement observé jusqu'à ces derniers temps, le déciduome malin semble devenir relativement fréquent depuis quelques années, sans doute en raison des progrès de l'antisepsie post-partum, ainsi que nous le verrons plus loin. Il est donc utile d'en connaître les symptômes et l'origine de cette affection que nous allons résumer d'après l'intéressant mémoire présenté, récemment, sur ce sujet, par M. Durante, à la *Société d'obstétrique et de gynécologie.*

Le déciduome malin se développe toujours à la suite d'une grossesse; ses premiers symptômes peuvent apparaître sans prodromes ou être précédés d'un polype placentaire ou d'une mole hydatiforme. L'affection se révèle par des métrorrhagies répétées, diffuses, bientôt continues, que rien ne parvient à arrêter. Ces hémorrhagies, qui se poursuivent jusqu'à la fin, déterminent rapidement une anémie profonde et peuvent même amener directement la mort par une perte plus abondante et incoercible. L'examen intra-utérin permet de constater l'exis-

tence d'une tumeur molle, friable, s'insérant en un point de l'utérus où la paroi ramollie et amincie paraît réduite à l'épaisseur d'une feuille de parchemin. Ces deux symptômes sont les seuls à peu près constants ; les autres, inconstants, dépendent des localisations variables des métastases. La marche, rapide, aboutit bientôt à une cachexie progressive qui emporte la malade en quelques mois si la mort ne survient pas plus tôt par suite de complications dont les plus graves sont des hémorrhagies intenses et des métastases. Les métastases se montrent partout, mais elles sont surtout précoces dans les poumons, où elles donnent parfois lieu à un ensemble de signes faisant penser à de la tuberculose. Le diagnostic doit se baser sur la marche des hémorrhagies, le résultat du toucher intra-utérin et surtout l'examen de fragments retirés de la cavité utérine, dans lesquels le microscope permettra de reconnaître les éléments caractéristiques.

La guérison est possible, quoique exceptionnelle, à la condition d'opérer tôt et de ne pas se borner à des curettages répétés qui font perdre un temps précieux et ne sauraient amener des résultats sérieux : La seule intervention est l'hystérectomie totale qui, pratiquée d'assez bonne heure, a donné quelques succès. Elle devra toujours être précédée d'un examen attentif du système respiratoire, afin de s'assurer, autant que possible, de l'absence de métastase pulmonaire. Cependant, si l'on n'a rien constaté de ce côté, même si l'hystérectomie très précoce paraît avoir dépassé de beaucoup les limites d'une tumeur très restreinte, même si l'état général s'améliore rapidement, il importe de suivre la malade pendant deux ans au moins avant d'affirmer la guérison, car il existe chez des malades regardées comme guéries des cas de récidives 1 an et 1 an 1/2 après l'intervention.

Discutant avec le plus grand soin les différents aspects histologiques du déciduome malin, M. Durante en arrive à regarder cette affection comme une tumeur développée, non pas aux dépens de la caduque, comme on le croit généralement,

mais aux dépens du syncytium dérivant lui-même de l'ecto-placenta. (Disons pour expliquer ce mot d'ecto-placenta que M. Mathias Duval a montré que le placenta prend naissance tout d'abord aux dépens d'une portion de l'ectoderme fœtal qu'il appelle ecto-placenta et dont les cellules épithéliales, perdant leurs limites, se transforment en une épaisse couche plasmodiale allant envahir les vaisseaux maternels dont ils remplacent la paroi. C'est cet épithélium fœtal qui donne naissance au syncytium, en sorte que, dans le placenta normal, le sang circule dans des lacs sanguins à paroi épithéliale.) D'après M. Durante, le déciduome malin est non pas une variété de sarcome, mais un épithélioma syncytial ou mieux ecto-placentaire. Cette tumeur, évoluant d'une façon identique à ce que l'on observe lors du développement physiologique du placenta, peut être considérée comme due à une activité anormale de l'épithélium fatal, comme une véritable récidive maligne de l'ecto-placenta végétant au delà de ses limites naturelles. Le placenta normal évolue, du reste, quant à sa portion épithéliale, comme une véritable tumeur maligne que la mère doit éliminer complètement au moment de la délivrance.

La condition indispensable pour le développement de cet épithélioma est donc l'existence préalable, dans l'utérus, du syncytium ou d'ecto-placenta à une période quelconque de son évolution.

Il peut apparaître au cours de la *grossesse* pendant la période de formation placentaire. A ce moment, il suffit que l'envahissement physiologique du plasmode placentaire dépasse de bien peu les limites normales pour franchir la caduque et intéresser des vaisseaux utérins où il pourra continuer à végéter à son aise et sans danger d'être expulsé au moment de la délivrance.

Il dérive fréquemment aussi de la *môle hydatiforme* qui est si souvent signalée dans les antécédents des malades et qui doit cette transformation maligne aux nombreux éléments syncytiaux tapissant ses vésicules.

Il peut enfin, également, tirer son origine des villosités choriales normales ou altérées retenues plus ou moins longtemps dans la cavité utérine. C'est ainsi que les *placentas scléreux*, des *polypes placentaires*, des *choriomes bénins*, des placentas dits *en transformation sarcomateuse*, peuvent, de par les débris syncytiaux qui entrent dans leur composition, donner naissance à un épithélioma ectoplacentaire. Mais il faut pour cela que ces débris placentaires se trouvent dans une position telle, qu'ils aient pu, durant une période indéterminée, continuer à végéter, à se nourrir et n'aient pas été rapidement expulsés en tant que corps étrangers. Il faut, en un mot, qu'ils aient pu se *greffer* favorablement et cela explique, peut-être, pourquoi l'épithélioma ectoplacentaire, anciennement si exceptionnel, est devenu de plus en plus fréquent au cours de ces dernières années.

Autrefois, par suite de la présence de microbes saprophytes dans l'utérus, les débris placentaires étaient bientôt désagrégés et éliminés. Ceci s'effectuait, du reste, sans inconvénients graves lorsque les agents pyogènes faisaient défaut ou ne présentaient qu'une très faible virulence. Aujourd'hui que l'on cherche à réaliser une asepsie aussi parfaite que possible, la plaie utérine devient une véritable plaie chirurgicale exempte, autant qu'il se peut, d'agents aussi bien saprophytes que pyogènes. Cette plaie, très vasculaire, présente, dès lors, toutes les qualités que l'on réclame, par exemple, pour les greffes cutanées, et l'on comprend aisément que des fragments placentaires, plus ou moins volumineux, puissent s'y greffer dans d'excellentes conditions, continuer à y végéter et donner lieu à des tumeurs d'aspect très variable selon leur degré de vitalité.

La plus grande fréquence de cette tumeur observée dans le cours de ces dernières années serait donc, peut-être, en rapport direct avec les progrès de l'asepsie facilitant la greffe et la vitalité des débris placentaires utérins.

Nous regrettons de ne pas pouvoir entrer dans de plus grands détails, à la suite de M. Durante, mais nous ne pouvons accor-

der une place suffisante à ses belles descriptions histologiques et nous avons dû nous borner à résumer les points les plus intéressants pour le clinicien.

II. — Le *kraurosis* (de κραυροω, je rétrécis) *vulvæ,* décrit pour la première fois par Breisky, en 1885, semble devenir plus fréquent à mesure qu'il est mieux connu. Nous allons le décrire rapidement, au point de vue clinique, en résumant le travail présenté sur ce sujet, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, par M. Le Roy des Barres.

Le kraurosis vulvæ consiste en un processus d'atrophie portant sur la peau et la muqueuse des organes génitaux externes de la femme et déterminant la rétraction des parties atteintes et le rétrécissement progressif du vestibule du vagin avec toutes les conséquences qui en découlent.

Cette affection se rencontre à toutes les périodes de la vie, chez les vierges comme chez les multipares; on en a observé un cas à l'âge de 71 ans.

Dans les antécédents de la malade on trouve généralement une infection gonococcienne. Janowsky admet qu'une gonorrhée de longue durée peut, à elle seule, produire le kraurosis par un processus analogue à celui des rétrécissements uréthraux chez l'homme.

Bartels ferait plus volontiers du kraurosis une trophonévrose analogue à la sclérodermie.

La syphilis et la scrofule sont parfois relevées dans les antécédents.

Le début de l'affection est absolument insidieux et ce n'est que lorsque la lésion est entièrement constituée et même a produit une atrésie notable du vagin que la malade vient consulter; dans nombre de cas, c'est seulement au moment de l'accouchement que l'on s'aperçoit de l'existence d'un kraurosis; plus rarement, c'est par hasard, à l'occasion d'un examen gynécologique, motivé par une autre affection abdominale, à moins que les douleurs soient suffisantes à elles seules pour conduire la malade à consulter.

Un des premiers symptômes douloureux, inconstant d'ai leurs, est le prurit vulvaire ; violent, s'accompagnant d'un sensation de chaleur et même de brûlure, au niveau de la vulv et du vagin ; d'autres fois, plus atténué. Quelquefois les dou leurs revêtent le caractère névralgique, ailleurs dysuri ailleurs défécation très douloureuse.

L'apparition de crevasses ou de déchirures amène souver une exagération des douleurs.

Le coït est toujours pénible, souvent impossible, amena des fissures et des éraillures ; l'introduction du doigt dans vagin occasionne souvent des douleurs atroces ; les douleurs sont pas en rapport avec le degré d'atrésie du vagin.

Le plus souvent, écoulement vaginal pouvant amener, s la peau, une éruption eczémateuse.

L'aspect de la vulve est assez caractéristique. Les poils e vironnant l'entrée vaginale sont minces, secs, cassants. L grandes et les petites lèvres sont ratatinées, ridées, réduit souvent à deux bourrelets ; les téguments sont décolorés. Da les périodes avancées de la maladie, la vulve prend le type i fantile.

La muqueuse est parsemée, au début de l'affection, de no breuses taches de forme et de dimensions variables, à bor irréguliers, de coloration gris ardoisé, reposant sur un fo légèrement déprimé, et quand on écarte les grandes lèvres, voit que ces taches s'arrêtent à l'entrée du conduit vaginal d'une façon brusque, suivant une ligne assez régulière.

Dans les périodes suivantes, les taches ont disparu, m l'orifice vaginal s'est considérablement rétréci, la peau et muqueuse présentent à ce niveau, dans la moitié supérieu de la vulve surtout, un aspect lisse, vernissé et comme cic triciel. La structure plissée du vagin n'existe plus. Au touch la muqueuse et la peau offrent une sensation très nette sécheresse et de rudesse.

Fréquemment on observe des ulcérations soit fissuré dirigées en général dans l'axe du vagin, soit arrondies, présentant pas de caractères bien particuliers.

Mais ce qui est spécial à la maladie, c'est l'existence de plaques blanches qui ont succédé aux taches brunes de la première période ; ces plaques non saillantes, non ulcérées, sont ordinairement peu nombreuses et paraissent se rencontrer de préférence au voisinage du clitoris ; elles peuvent aussi bien siéger sur la muqueuse que sur la peau environnante.

Quand on essaye avec le doigt, introduit dans le vagin, de déprimer le périnée, on constate, non pas seulement un défaut d'élasticité, mais, de plus, on sent comme une bride résistante et fibreuse située dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux de la région.

Nous passons sur la description des lésions histologiques : En résumé, dit l'auteur, la caractéristique anatomique du kraurosis de la vulve peut être ainsi formulée : métamorphose régressive du chorion et des couches épidermiques vraisemblablement après une période d'hypertrophie et même d'inflammation, dégénérescence des faisceaux élastiques, atrophie des nerfs et des glandes.

Dans les cas avancés, le kraurosis de la vulve est une difficulté dans l'acte de l'accouchement et la rigidité des tissus expose, en outre, aux déchirures au moment de l'expulsion. Ces déchirures peuvent se rencontrer même quand les signes de sténose vestibulaire sont peu nets. L'obstacle apporté à l'accouchement est beaucoup plus considérable que dans les sténoses simples du vestibule. Pour Fleischmann, les déchirures et les fissures siègent surtout à la portion antérieure du vestibule ; elles sont ordinairement peu étendues, mais remontent quelquefois au-dessus du clitoris.

Marche très lente : l'atrophie demande des mois et même des années pour devenir considérable. Peut-être le kraurosis peut-il subir la dégénérescence carcinomateuse (Schrœder, Martin) ou épithéliomateuse (Pichevin et Pettit).

La leucoplasie vulvo-vaginale se distingue par les caractères particuliers de ses plaques, par leur tendance à envahir le vagin et par l'absence constante de sténose.

Les sténoses congénitales ou consécutives à une déchirure au

moment de l'accouchement, à une blessure, à la cicatrisatio d'ulcérations survenues dans le cours d'une maladie infectieuse d'ulcérations syphilitiques, ou encore dues à l'esthiomène de l vulve, seront facilement éliminées par l'étude des commém ratifs et l'examen général de la malade. Le prurit lié à la dia thèse arthritique, à une affection utérine, à la grossesse, plu souvent au diabète, sera facilement rattaché à sa véritabl cause ; il en sera de même pour les démangeaisons occasion nées par un eczéma, un herpès de la vulve.

Le pronostic n'est sérieux qu'au point de vue des déchiru res pendant l'accouchement, mais il ne faut pas perdre de vu la possibilité d'une dégénérescence maligne.

Voici, pour terminer, les règles du traitement, d'après M. L Roy des Barres : On attaquera, d'abord, le catarrhe vagina le prurit de la vulve, la gonorrhée ; puis il faudra combatt énergiquement l'affection.

Des bains de siège, des applications locales de tannin, d' cide salicylique n'ont pas donné de bons résultats.

Heitzmann gratte à la curette la partie atteinte, puis prat que ensuite des attouchements avec le sesquichlorure de f ou l'acide acétique, ou l'acide salicylique ou encore l'acid pirogallique à 6 %.

Orthmann insiste beaucoup sur l'excision des parties attei tes et la réunion au catgut des surfaces cruentées ; beaucou d'auteurs ont suivi sa méthode et ont eu de bons résultats malgré ce traitement on a observé cependant, mais raremen des récidives ; la guérison après l'opération a lieu en tro semaines environ.

On a pu ainsi avoir recours à une dilatation brusque suiv d'un traitement médical comprenant des bains de siège chau et des applications de pommade à l'acide salicylique, au ta nin.

J. B.

III. — CORRESPONDANCE :

M. le Dr CHÉRON reçoit la lettre suivante :

Monsieur et très honoré Confrère,

Je regrette que vous n'ayez pas cru devoir publier la lettre que je vous ai adressée précédemment, et dont le but principal était de démontrer que, ma prétention, si elle existe, d'avoir institué une méthode personnelle de traitement électrique des fibro-myomes utérins était complètement justifiée par les efforts aussi patients que laborieux que j'ai faits, pour arriver à la preuve aussi bien théorique que clinique que c'est la seule qui soit assise sur des bases rationnelles, et de démontrer aussi, que les principes sur lesquels elle repose n'ont aucun rapport avec ceux qui ont servi à édifier ses devancières.

Quoi qu'il en soit, je soutiens énergiquement, et en présence de l'assertion émise par M. Batuaud, assertion dont il résulte que j'aurais prétentieusement prétendu être l'auteur de la méthode qu'il me conteste, ceci est mon droit strict, je soutiens, dis-je, que la méthode de traitement électrique des fibromes utérins, qui consiste à agir dans la cavité vaginale avec un courant voltaïque continu, dont les intensités oscillent entre 80 et 120 m. a. et peuvent être élevées au besoin à 130 et même 150 m. a., sans produire la plus légère cautérisation, c'est-à-dire en éliminant jusqu'à la moindre trace d'action galvano-caustique, en utilisant par suite les effets exclusivement dynamiques du courant, et en produisant enfin au cours de l'application des renversements de courants du (+) au (—) (l'effet inverse est nul), je soutiens que cette méthode tout aussi bien que son principe m'appartiennent.

Je soutiens que l'un aussi bien que l'autre peuvent d'autant moins m'être contestés, que lorsque je les ai établis les esprits étaient violemment entraînés vers la galvano-caustique chimique combinée avec l'action intra-utérine, par un courant peu facile à remonter.

Quant à ses effets thérapeutiques, j'affirme plus que jamais

(considérant comme impossible la démonstration contraire) qu'ils sont supérieurs à ceux de toutes les autres méthodes laissant à vos lecteurs le soin de donner à cette affirmation la valeur qu'il leur conviendra.

Maintenant, permettez-moi de vous faire observer, et ceci de la meilleure foi du monde, que je ne vois dans la méthode qui précède aucune réédition, c'est l'expression de M. Batuaud, de celle instituée sur l'utilisation des intermittences voltaïques, autrement dit sur les secousses galvaniques. J'en vois d'autant moins une qu'il semble impossible de ne pas attribuer une action identique aux secousses voltaïques et faradiques et que l'opinion générale dénie tout effet foncièrement curatif à ces dernières.

Je me hâte d'ajouter qu'il n'est jamais entré dans mon esprit de prétendre que vous ayez renoncé à l'emploi des intermittences de courant. Il y a là un simple malentendu.

Qu'il me soit permis de remercier, en terminant, M. Batuaud de la bonne intention qu'il manifeste, de ne me porter aucun préjudice, mais aussi d'ajouter que ce n'est point des préjudices que l'on peut tenter de me causer dont je me préoccupe, (j'aurais, je crois, trop à faire), mais bien de ceux qui peuvent atteindre l'électricité médicale. Ce sont les seuls dont j'ai souci.

Avec l'espoir que vous voudrez bien accorder dans vos colonnes, l'hospitalité à cette nouvelle lettre, que j'ai abrégée autant que possible, tout en évitant de reprendre une discussion que je ne me souviens pas cependant avoir existé, ce qui supprime par suite la raison qui vous a empêché de me donner la satisfaction que vous voudrez bien considérer légitimement due, je vous prie d'agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr Danion.

---

# La bicyclette au point de vue de la femme

Par le Docteur Fauquez, médecin adjoint de Saint-Lazare.

La bicyclette, cet instrument merveilleux que j'ai souvent entendu qualifier, par un ingénieur éminent, de « *une des plus belles inventions de cette fin de siècle* », tend à se répandre de plus en plus dans le monde entier et dans tous les mondes.

Grâce aux perfectionnements qui ont été réalisés dans sa construction, elle est devenue un moyen de transport des plus simples et des plus faciles, un sport à la portée des petites bourses comme des grosses et, en même temps, un exercice gymnastique de premier ordre.

Aucun système de locomotion ne peut, au point de vue de la facilité, de la simplicité et de l'économie, lui être comparé. Pouvant dépasser facilement l'allure du cheval et celle de n'importe quelle voiture attelée de chevaux rapides, nous l'avons vue, montée par des professionnels célèbres, lutter de vitesse avec des trains de chemin de fer.

On voit, tous les jours, de simples amateurs faire cent kilomètres dans une journée sans éprouver la moindre fatigue et être prêts à recommencer le lendemain.

Avec quel cheval pourrait-on tenter pareilles courses ?

Si, pendant la route, le bicycliste veut s'arrêter pour se reposer, pour s'alimenter ou pour tout autre cause, point n'est besoin de personne pour surveiller sa monture qu'il accote à un arbre, à un mur, à un trottoir et dont il n'a pas à s'occuper. Arrivé à destination, à l'opposé du cavalier, il n'a de soins à donner qu'à lui-même. Quelques gouttes d'huile suffisent à l'alimentation de son cheval de fer.

Sans parler de l'influence morale de la bicyclette qui, en supprimant pour ainsi dire les distances, permet aux hommes de communiquer entre eux facilement, de se connaître mieux et, partant, de s'apprécier mieux, au point de vue physique, on peut la considérer comme un agent important de régénération des forces un peu épuisées de notre génération.

Combien de jeunes gens qui, autrefois, passaient leurs jours de congé, les dimanches et jours de fête, dans des cafés ou autres lieux plus ou moins antihygiéniques, à respirer l'odeur des consommations et la fumée du tabac, dans une atmosphère chaude et chargée d'acide carbonique, s'en vont maintenant, pédalant gaiement sur les routes des environs de Paris ou dans la campagne, autour des villes de province et même des simples villages, se grisant de lumière, respirant l'air pur à pleins poumons et imprimant à leur système musculaire une gymnastique des plus complètes.

Il n'y a pas, comme le croient certaines personnes, que les membres inférieurs qui travaillent, dans l'exercice de la bicyclette ; la recherche de l'équilibre met en jeu les masses musculaires des bras, aussi bien que celles du tronc et des jambes. Car tout doit concourir, dans les deux parties symétriques du corps à produire l'harmonie des mouvements indispensables au maintien de l'équilibre parfait, sans lequel le bicycliste aurait bientôt mordu la poussière.

La vitesse de la marche, jointe à l'effort musculaire, augmente le nombre des inspirations. La cage thoracique se dilate et entraîne avec elle le poumon dont la capacité s'accroît proportionnellement. L'air se précipite en plus grande quantité dans les poumons, et les échanges entre les gaz extérieurs et intérieurs étant plus abondants, il en résulte une oxygénation du sang plus intense, d'autant plus intense que la suractivité de la circulation sanguine met en contact avec l'air qui pénètre dans les poumons une plus grande quantité de sang.

La tension artérielle, qui joue un rôle si considérable dans le maintien de l'équilibre des fonctions de nos organes, subit des modifications importantes. Elle s'accroît, sous l'influence de l'effort et de l'impulsion plus vive du cœur qui en résulte. Elle détermine ainsi une suractivité dans la circulation cutanée qui augmente la sécrétion des glandes sudoripares et donne lieu à des transpirations généralement très abondantes. Cette conséquence de l'exercice de la bicyclette est un des phénomènes des plus favorables aux sujets chez lesquels le bon fonctionnement de la

peau a une importance capitale, tels que les goutteux, les rhumatisants et les gens atteints ou menacés d'un embonpoint exagéré.

Je n'ai pas besoin d'insister sur un autre avantage de l'exercice de la bicyclette bien connu des fervents de la pédale et de leurs amphytrions. Je veux parler de son influence sur l'appétit. Il n'est pas un bicycliste qui, après une course d'une cinquantaine de kilomètres et même de beaucoup moins, ne voie arriver avec joie l'heure du déjeuner. Point n'est besoin de se préoccuper de la finesse des plats qu'on lui présente. Pourvu qu'il apaise abondamment sa faim il est heureux et c'est plaisir de le voir faire royalement honneur aux repas le plus copieux. Si, deux heures après cette séance de réparation de ses forces, au moment où il songe à enfourcher de nouveau sa monture pour le retour, sa digestion n'est pas complètement achevée, soyez tranquilles, il ne lui faudra pas de très nombreux coups de pédale pour que son pylore ait livré passage aux derniers vestiges de son repas.

Mais je n'en finirais pas si je voulais énumérer tous les bienfaits de ce merveilleux instrument et je m'écarterais du but particulier que je poursuis en faveur du sexe féminin.

Au début, lors de l'apparition de la bicyclette, cet exercice semblait devoir être exclusivement l'apanage du sexe fort et même de la partie jeune de ce sexe. Au delà des quarante ans, un homme n'aurait pas osé se risquer sur un instrument si instable et, en apparence, si difficile à maintenir en équilibre. Puis, peu à peu, quelques-uns se sont enhardis et, grâce aux manèges qui ont été créés pour l'enseignement de la bicyclette, ils ont pu, en toute sécurité et sous la conduite de professeurs qui ont pour consigne expresse de ne jamais exposer un élève à une chute, se familiariser avec cet instrument et devenir de fervents bicyclistes.

Les femmes ont suivi, elles aussi, cette impulsion presqu'irrésistible. Elles se sont passionnées pour ce sport, si entraînant et maintenant, elles sont en nombre considérable qui pédalent soit seules, soit avec leurs maris, soit en bandes joyeuses.

Pour les femmes du grand monde, pour les artistes des théâtres, pour les grandes dames du demi-monde, le bois est resté, comme pour les promenades en voiture ou à cheval, l'endroit à peu près exclusivement admis, le lieu select ; en été seulement, en semaine et, le matin, à partir de dix heures. Pour les petites bourgeoises, pour les femmes d'employés de commerce, pour les demoiselles de magasin, pour la classe moyenne du demi-monde, le dimanche est le jour où elles se livrent de préférence à leur sport favori.

Il en est bien quelques-unes qui, ne redoutant pas de se lever de grand matin, en été, vont faire leur tour de bois, entre 5 heures et 7 heures du matin, avant de se rendre à l'atelier ou au magasin. Mais le vrai jour où il leur est permis de faire de sérieuses promenades est le dimanche sur toutes les routes des environs de Paris, aux quatre points cardinaux, c'est plaisir de les rencontrer pédalant avec ardeur, le teint animé et le visage riant, allant à la conquête d'un déjeuner auquel elles feront honneur, soyez-en certains.

Une des promenades les plus dures des environs de Paris est celle de Versailles par Montretout et Ville-d'Avray. On y trouve la côte de Suresnes qui n'est pas très rapide, mais qui est très longue et que peu de femmes peuvent monter, à cause de l'effort soutenu qu'elles sont obligées de fournir ; puis la côte qui traverse le parc de Saint-Cloud, en allant vers Ville-d'Avray et que peu de bicyclistes mâles montent sans essoufflement, et enfin, la butte de Picardie particulièrement longue et rapide du côté de Paris et le long de laquelle on rencontre plus de cavaliers à pied que sur leur monture.

Ces deux dernières côtes sont à peu près impraticables pour les femmes. Celles qui arrivent au terme de la côte de Suresnes sans avoir mis pied à terre sont fières et glorieuses.

Un observateur posté à Montretout sur le boulevard de Versailles, à l'extrémité de la côte de Suresnes, pourrait entendre durant toute la matinée du dimanche, quand le temps est beau et permet de longues promenades, un concert de paroles d'encouragement, de félicitations, de soupirs de soulagement, de cris

joyeux témoignant la satisfaction du tour de force accompli par cette petite armée de femmes en culotte.

A la fin de la journée, au moment du retour de toute cette bande joyeuse qui rentre heureuse et fière de ses exploits, le même observateur entendrait : « Ah ! maintenant ça va filer tout seul jusqu'à Paris ! » — « Attention à l'emballement à la descente ! » — « Papa, combien ai-je fait de kilomètres aujourd'hui ? » Et le Monsieur, après avoir regardé son compteur kilométrique : « Quatre-vingts kilomètres, ma chérie. »

Vous croiriez peut-être que cette réponse s'adresse à une jeune fille mince et svelte ; pas du tout, c'est à une bonne grosse mère qui gratifie son mari de ce nom familier et affectueux de papa et qui arrive toute essoufflée, rouge, le visage baigné de sueur, mais la physionomie gaie et riante. Et tout ce monde pédalant, heureux et content d'avoir respiré à pleins poumons l'air de la campagne, d'avoir tonifié ses muscles et assoupli ses articulations, rentre chez soi disposé à réparer ses forces par un dîner et encore mieux à bien dormir.

Le lendemain matin, hommes et femmes reprendront leurs occupations et leurs travaux habituels sans ressentir aucune fatigue de leur promenade de la veille et ayant l'agréable perspective de recommencer le dimanche suivant.

Si vous interrogez, parmi ces femmes, celles qui se livrent d'une façon modérée à l'exercice de la bicyclette, qui ne cherchent pas à faire de la vitesse exagérée et ne dépassent jamais une distance raisonnable, vous constaterez qu'elles ont, pour la plupart, un appétit régulier, que leurs digestions se font normalement, qu'elles ont une souplesse et une agilité beaucoup plus grande qu'avant, qu'elles ont plus de résistance au travail, un bon sommeil et que leur système nerveux surexcité, comme chez beaucoup de femmes, est redevenu plus calme.

Du côté du poumon, les effets ne sont pas de moindre importance. La gymnastique respiratoire active les fonctions de cet organe et augmente sa vitalité.

Dans une Société médicale américaine, le Dr Abbott a commu-

niqué, ces temps derniers, une statistique très intéressante à enregistrer sur la fréquence comparative de la tuberculose che l'homme et chez la femme dans l'état de *Massachusets*. Il cons tate qu'en 1851 la proportion était de 1451 femmes pour 100 hommes, en 1890 de 1055 femmes pour 1000 hommes. En 1895 l proportion est tombée à 974 pour 1000.

C'est la première fois, dit le Dr Abbott, que le nombre des décè pour phtisie pulmonaire est plus faible pour le sexe féminin et fait remarquer que cette diminution a débuté, il y a cinq ans, a moment où l'usage de la bicyclette a commencé à se répandr parmi les femmes.

La passion vélocipédique se répandant de plus en plus et envahis sant peu à peu tout le monde, il arrive journellement au médeci d'être consulté sur les avantages, sur les inconvénients ou les dan gers que l'exercice de la bicyclette peut présenter pour les femme

Les personnes âgées ou celles qui, par leur genre d'existence restent habituellement en dehors de la mode ou du mouvemen sportif sont portées à le blâmer. Outre qu'elles le regardent comm une excentricité et même une impudicité de la part du sex féminin, elles le considèrent comme nuisible aux organes gén taux de la femme. Quantité de gens, pour appuyer leur manièr de voir, comparent l'exercice de la bicyclette au travail de la ma chine à coudre. Il n'y a aucune comparaison à établir entre l fonctionnement de ces deux instruments.

Le mouvement nécessaire au fonctionnement de la machine à coudre ne met en jeu qu'une articulation ; celle du pied sur l jambe (articulation tibio-tarsienne). Il exige un effort musculair portant sur les muscles de la jambe et détermine une contractio presque continue de ces muscles (muscles de la région extern et de la région postérieure qui sont tous, *excepté le poplité*, à de degrés divers extenseurs du pied sur la jambe et qui entrent e action quand le pied appuie sur la pédale de la machine à coudr et muscles de la région antérieure qui sont fléchisseurs du pie sur la jambe et agissent dans le mouvement qui tend à relever l

pied. Le droit antérieur de la cuisse se contracte aussi dans l'effort nécessaire à maintenir appuyé sur le sol le talon qui forme le pivot autour duquel se meut le pied. Cet état de contraction entraîne, dans les membres inférieurs, une gêne de la circulation qui se répercute sur celle du bassin et produit des congestions dans l'appareil utéro-ovarien. C'est pour ces raisons que la machine à coudre est considérée comme un mauvais instrument pour les femmes, surtout pour celles qui souffrent d'affections de l'utérus et de ses annexes.

Dans l'exercice de la bicyclette, les trois articulations du membre inférieur, l'articulation du pied (tibio-tarsienne), l'articulation du genou et l'articulation de la cuisse avec le bassin (coxo-fémorale) sont mises en action. C'est un mouvement naturel qui se compose alternativement de mouvements de flexion et d'extension de tous les muscles du membre inférieur. Il n'y a pas de contraction permanente ni forcée, et la circulation, loin d'être gênée ou entravée, trouve, dans la mise en action de tous les muscles un élément d'activité plus grande qui se fait sentir jusque dans le bassin et tend à produire la décongestion des organes qui y sont contenus et particulièrement de l'utérus et de ses annexes.

A moins de contre-indications très limitées dont il sera question plus loin, on peut donc affirmer que l'exercice de la bicyclette est excellent pour la femme et que, dans de nombreux cas, les organes génitaux s'en trouvent fort bien.

Mais la condition essentielle pour obtenir cet effet bienfaisant, c'est qu'en aucun cas cet exercice n'excède les forces du sujet qui s'y livre.

Une bonne bicyclette, bien construite, ne demande qu'à rouler et il est difficile, avec une machine d'un poids moyen, sur une bonne route, de ne pas se laisser aller au plaisir de dévorer l'espace. Ce serait une grave erreur de céder à cet entraînement.

Un bicycliste, aussi bien homme que femme, qui veut profiter de tous les avantages que présente cet exercice, ne doit pas dépasser, comme *vitesse*, douze à quinze kilomètres à l'heure, en ter-

rain plat ou à peu près, même après s'être entraîné d'une façon méthodique et régulière. Il ne doit pas abuser des côtes et, ne pas hésiter à les monter à pied au moins en partie, quand elles sont trop rapides ou trop longues. Il est important d'éviter un effort trop violent du cœur qui serait suivi d'une dépression et, par conséquent, d'un abaissement de la tension artérielle, d'où alors ralentissement de la circulation au lieu de la suractivité qui résulte d'un exercice modéré.

En suivant ces sages conseils et en ayant soin de faire, après chaque heure de marche, une *halte* de dix à quinze minutes pendant lesquelles on se repose, on peut arriver à faire de très longues courses, voire même de véritables voyages sans fatigue aucune.

Une recommandation très importante à faire aux femmes qui veulent se livrer à ce sport si séduisant, c'est de proscrire absolument le *corset*. Cet appareil antihygiénique par excellence qui comprime horriblement la poitrine, qui est tout au plus tolérable dans la vie ordinaire, qui constitue une gêne si grande pour les chanteuses, devient absolument nuisible chez les bicyclistes. En s'opposant à la libre expansion de la cavité thoracique et en empêchant ainsi l'air de pénétrer largement dans les poumons, il prive les bicyclistes femmes d'un des grands avantages de cet exercice, de l'oxygénation à haute dose de leur sang. Sans compter qu'il leur ôte toute souplesse, amène par cela même chez elles la fatigue beaucoup plus promptement et leur rend l'ascension des côtes très pénible en provoquant l'essoufflement beaucoup plus rapidement.

Quant à celles qu'un certain embonpoint oblige à être sous-nues, elles trouveront dans les magasins de nouveautés des bandes de tissu élastique de différentes largeur avec lesquelles elles pourront facilement se confectionner une ceinture très suffisante pour maintenir leur taille.

Au point de vue de la question médicale et de l'opportunité de conseiller ou de déconseiller aux femmes l'exercice de la bicy

clette, il importe d'en examiner les indications et les contre-indications.

L'appareil utéro-ovarien, qui comprend l'utérus et ses annexes est situé dans le petit bassin et maintenu en place par les ligaments larges, par les ligaments ronds contenus dans le repli antérieur de ces derniers et par les ligaments utéro-sacrés contenus dans les replis de Douglas. Il possède un système vasculaire abondant.

Les artères utérines et les artères ovariennes qui se distribuent à la matrice, aux trompes et aux ovaires viennent de l'artère iliaque interne. Les veines qui forment un plexus considérable ramènent le sang de ces organes dans la veine iliaque interne.

Le système veineux, sans valvules, faiblement contractile, disposé de façon à favoriser la stase sanguine, expose cet appareil à des difficultés de circulation et à des congestions fréquentes. La richesse de ses systèmes circulatoires sanguin et lymphatique le prédispose aux processus et aux propagations inflammatoires.

Parmi les affections de l'appareil utéro-ovarien dont les femmes sont susceptibles d'être atteintes le plus fréquemment, nous trouvons :

*a*) De simples troubles de fonctions.

*b*) Des changements de situation de l'utérus.

*c*) Des affections caractérisées par des lésions inflammatoires de l'utérus et de ses annexes et des tissus qui sont en connexion avec eux.

*d*) Des affections néoplasiques, tumeurs, polypes, cancers, etc.

I.— Les troubles fonctionnels sont dus à des perturbations ou à des insuffisances dans la circulation sanguine, à un apport trop faible ou trop abondant de sang dans l'utérus et ses annexes, à des vices de conformation. Ils comprennent :

*La congestion utérine* dont presque tous les autres dérivent ;
*L'aménorrhée ou suppression de la menstruation* ;

*La dysménorrhée ou difficulté de la menstruation* ;
*La déviation des règles ou la menstruation supplémentaire.*
*La menstruation excessive.* (Ménorrhagies, métrorrhagies.)

*Congestion utérine.* — La congestion utérine résulte de l'accu mulation exagérée et persistante du sang dans les vaisseaux d l'utérus. Elle joue un rôle très grand dans la production des trou bles fonctionnels précédemment énumérés. C'est un phénomèn nécessaire au fonctionnement physiologique normal de l'appare utéro-ovarien. A chaque époque menstruelle, elle précède l'appa rition des règles et doit disparaître après. Elle devient un phé nomène morbide lorsqu'elle persiste en dehors de cette période

Les auteurs qui ont étudié et décrit la congestion utérine, a point de vue de l'étiologie, de la pathogénie et du traitement, l divisent en congestion idiopathique et en congestion symptoma tique. La première résulte, en dehors de toute affection, de tout lésion de l'utérus, d'une impression brusque physique ou morale causée par le froid, une chute, un coup, une émotion vive. L seconde est subordonnée à une affection de l'appareil utéro-ova rien qui par l'intermédiaire des centres nerveux en rapport ave lui, détermine une surabondance dans l'apport sanguin. Elle peu encore reconnaître pour cause un néoplasme, tumeur, cancer qui comprime les vaisseaux de retour ou un obstacle à la déplétio du système vasculaire de l'utérus résultant d'une maladie d'u organe jouant un rôle important dans la circulation, tel que l cœur, les poumons ou le foie.

Cette congestion symptomatique se divise en congestion activ et en congestion passive.

Le docteur Chéron, ainsi qu'il l'a exposé dans ses leçons l'école Pratique de la Faculté de Médecine, admet, quant à l'Étio logie, des congestions utérines, cinq divisions :

1° Congestion utérine due à la difficulté opposée au retour d sang vers l'organe central.

2° Congestion d'origine périphérique ayant pour siège un de organes de l'appareil utéro-ovarien ou tout autre organe.

3° Congestion directe par lésion physique des centres nerveux

4° Congestion par ébranlement du centre cérébro-spinal.

5° Congestion utérine mobile en rapport avec l'irritation spinale.

Que la congestion soit active, c'est-à-dire produite par l'augmentation de la quantité normale du sang en circulation dans l'appareil utéro-ovarien, l'apport du liquide sanguin étant plus considérable que le débit, ou qu'elle soit passive, c'est-à-dire déterminée par la difficulté au retour du sang, qu'elle soit due à un trouble de la circulation en rapport avec l'anémie ou à des troubles du système nerveux, tout moyen susceptible de rétablir l'équilibre entre l'apport du sang dans l'appareil utéro-ovarien et son retour dans la circulation doit être considéré comme favorable à la décongestion de ces organes. Nous avons vu précédemment que l'exercice de la bicyclette avait une action des plus nettes sur la circulation sanguine en général et, en particulier, sur celle des organes contenus dans le bassin.

*Aménorrhée.* —On désigne sous le nom d'aménorrhée l'absence de menstruation.

En dehors de l'état de grossesse ou de l'allaitement, cette absence de l'hémorrhagie menstruelle constitue un phénomène pathologique.

L'aménorrhée peut résulter soit de ce que l'hémorrhagie ne se produit pas, soit de ce que le sang est retenu par un obstacle dans la cavité utérine ou dans le vagin.

Dans le premier cas, le flux menstruel peut n'avoir jamais fait son apparition, à l'âge de la puberté, par suite du développement imparfait ou incomplet des organes sexuels, ou bien l'absence du flux menstruel peut s'établir après une ou plusieurs apparitions des règles.

Dans le second cas, qui constitue la rétention du flux menstruel, l'obstacle opposé à l'écoulement du sang est dû à un vice de conformation, soit congénital, soit acquis. C'est à la chirurgie à remédier, quand c'est possible, à cet état anormal.

Lorsque l'absence de la menstruation est due à un arrêt de développement des ovaires et de l'utérus, tout ce qui peut activer

la nutrition de ces organes et stimuler leur vitalité est susceptible de favoriser ce développement jusqu'alors incomplet. C'est encore un cas où la bicyclette doit être conseillée.

On peut en dire autant au sujet de l'arrêt des règles en rapport avec la chloro-anémie et avec les troubles digestifs.

De même pour l'aménorrhée constituée par la suppression brusque de la menstruation, à la suite d'un trouble soit local, soit général, qui a porté sur l'utérus ou les ovaires, *aménorrhée idiopathique* des auteurs.

Les causes capables de produire ces troubles sont les refroidissements de toute nature, les impressions morales vives, la frayeur, la douleur, le choc physique, chute, coup, commotion les maladies aiguës, etc. Ces phénomènes ont un retentissement sur les centres d'innervation vaso-motrice et produisent de véritables congestions de l'appareil utéro-ovarien qui s'opposent au phénomène d'érection qui précède l'hémorrhagie menstruelle.

Dans une autre forme d'aménorrhée, *aménorrhée symptomatique* qui résulte d'un mauvais état général ou de maladies chroniques, les cas reconnaissant pour cause l'hystérie, l'épilepsie l'anémie, la chloro-anémie, les dyspepsies, peuvent être grandement améliorés par l'exercice de la bicyclette. Dans les autres cas, dus à l'altération de la nutrition et à la dépression résultant de la phthisie pulmonaire, des affections cancéreuses, du diabète des maladies organiques du cœur, des maladies des reins, de l'albuminurie, la bicyclette doit être proscrite.

(*A suivre.*)

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 19 janvier 1897.*

### GASTRO-HYSTÉROTOMIE SUIVIE DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE CHEZ UNE FEMME EN TRAVAIL A TERME AYANT UN RÉTRÉCISSEMENT EXTRÊME DU BASSIN.

M. Pinard présente, au nom de M. Segond et au sien, une

femme âgée de trente-deux ans, primipare, dont la taille mesure 1 mètre 15 et qui offre une déformation du squelette très prononcée.

Les membres inférieurs sont incurvés, la colonne vertébrale est le siège d'une scolio-cyphose. Le bassin est asymétrique, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 7 centim. 8 et la ligne innominée du côté droit est rectiligne et se trouve environ à 2 centimètres de l'angle sacro-vertébral.

Cette femme étant devenue enceinte, l'orateur estima qu'en raison du rétrécissement et de l'asymétrie du bassin, la seule conduite rationnelle à tenir était de laisser la grossesse aller à terme et de pratiquer au début du travail une gastro-hystérotomie suivie d'une hystérectomie totale, ce qui fut fait le 16 novembre dernier.

L'enfant extrait de l'utérus pesait 3,600 grammes : sa mère l'allaite et est actuellement dans un état de santé parfaite.

(*Semaine méd.*)

---

## *Séance du 9 mars 1897*

### GROSSESSE EXTRA-UTERINE A TERME ; ABLATION TOTALE DU KYSTE FŒTAL ; HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.

M. Routier communique l'observation d'une femme de trente ans, qu'il a opérée pour une grossesse extra-utérine à terme avec fœtus mort. La grossesse, développée dans les annexes droites, appartenait à la variété tubo-ovarienne sous-péritonéale. Au cours de l'opération, il se produisit une déchirure de la veine iliaque, l'uretère droit fut coupé et la vessie ouverte. Le kyste fœtal fut détaché de ses nombreuses adhérences et extrait en entier ; il pesait 5,275 grammes.

Bien que cette opération ait été suivie de succès, l'orateur estime, en présence des difficultés énormes qu'il a éprouvées pour libérer le kyste fœtal, que quand on attaque une grossesse ectopique de plus de cinq mois, il est sage de se contenter de l'ouverture du kyste, de l'ablation du fœtus et du drainage de la poche, comme l'a conseillé M. Pinard, en laissant surtout le placenta en place si l'enfant est encore vivant.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du* 17 *février* 1897.

### TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

M. Berger. — Je désire vous communiquer un cas de cure de fistule vésico-vaginale, compliquée d'oblitération de la partie profonde de l'urèthre, et ce fait me fournira l'occasion d'insister sur certains points du traitement opératoire des fistules vésico-vaginales, qui me paraissent être actuellement un peu trop négligés.

J'ai observé, en 1894, à l'hôpital Lariboisière, la malade qui est le point de départ de cette communication. Depuis un accouchement récent, cette femme perdait la totalité de ses urines, et je pus reconnaître immédiatement qu'il y avait, sur la partie antérieure du vagin, une perte de substance s'ouvrant largement dans la vessie et ne mesurant pas moins de 6 centimètres de hauteur. En explorant l'urèthre, je constatai une oblitération complète de ce conduit au niveau de sa partie profonde, et, les lèvres de la plaie vésico-vaginale étant bien écartées, je pus nettement faire saillir, sous la muqueuse vésicale soulevée, le bec d'une sonde que j'avais introduite par le méat urinaire.

Je commençai donc par restaurer l'urèthre en rétablissant sa perméabilité, puis, après une dilatation suffisante du vagin suivant la méthode de Bozeman, je pratiquai un large avivement circonférentiel, disséquant la paroi vaginale tout autour de la fistule, et je fermai à la manière d'une bourse tout le pourtour de l'orifice vésical, constituant ainsi une sorte de collerette que je repoussai du côté de la vessie ; je terminai ensuite l'opération en réunissant la plaie vaginale par-dessus ce plan de suture profond, et en plaçant dans l'urèthre une sonde à demeure. Quinze jours après mon intervention, l'urine s'écoulait de nouveau dans le vagin, mais il s'agissait seulement d'un insuccès partiel. Je procédai à une opération complémentaire, qui fut encore suivie d'un échec, car il persista, au niveau d'un des angles de la plaie, un pertuis extrêmement fin qui suffisait à donner issue à la totalité des urines. Je remis une sonde à demeure et je finis par obtenir l'oblitération de ce pertuis.

J'allais renvoyer ma malade, la considérant comme définitivement guérie, lorsqu'elle eut successivement plusieurs hématu

ries; l'examen cystoscopique me permit alors d'apercevoir, sur la face postérieure de la vessie, une masse rougeâtre formant une sorte de fongus et vraisemblablement constituée par le bourrelet résultant de ma suture en bourse, que j'avais refoulé du côté de la vessie. Je me contentai de faire pratiquer des lavages vésicaux, et, au bout de trois mois, la guérison complète était enfin obtenue. Mon opérée, dont j'ai eu des nouvelles récentes, est actuellement en parfait état; elle peut rester plusieurs heures sans vider sa vessie, et la miction s'effectue d'une manière normale.

J'ai fait environ une vingtaine d'opérations pour fistules vésico-vaginales, et je considère la méthode américaine comme offrant une supériorité incontestable sur toutes les autres.

Parmi les points sur lesquels je désire insister, je veux tout d'abord signaler l'importance de la dilatation préalable du vagin, conseillée par Bozeman, et facilement réalisable à l'aide d'une série de boules ovoïdes, de dimensions progressivement croissantes, qui permettent de donner rapidement au vagin un diamètre de 7 à 8 centimètres. L'utilité de cette dilatation tient à ce que les insuccès résultent, le plus souvent, des adhérences cicatricielles qui rétrécissent le vagin et exercent des tractions sur les bords de la fistule.

Le deuxième point qui mérite, à mon avis, de fixer l'attention, concerne l'avivement. M. Ricard a, lors du dernier Congrès français de chirurgie, indiqué un perfectionnement très ingénieux de la méthode de Jobert et j'en apprécie toute l'excellence. Malheureusement, le dédoublement de la cloison recto-vaginale est absolument impossibe lorsqu'il y a des adhérences cicatricielles.

Pour ce qui est de l'avivement, je me sépare de Bozeman, qui le fait circulairement et perpendiculairement au double plan vésico-vaginal, en taillant pour ainsi dire une sorte de bague sur le pourtour du trajet fistuleux, et je réalise de préférence le mode d'avivement de Marion Sims.

Enfin il est un détail qui me paraît présenter une certaine importance; pendant quelque temps, je me suis servi de crin de Florence, mais actuellement je suis tout à fait décidé à recourir exclusivement à l'emploi de fil d'argent très fort, qui soutient, admirablement adossés l'un à l'autre, sans striction, les plans avivés,

pourvu que l'on s'attache à réaliser soigneusement l'adossement.

(*Semaine méd.*)

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du* 11 *février* 1897.

### A PROPOS DU DÉCIDUOME MALIN.

M. Durante montre des coupes de déciduome malin et de placenta dans les premières phases du développement. Il fait ressortir les analogies qui existent entre les figures que l'on y observe. S'appuyant sur ce que l'on connaît de la structure et du développement histologique du placenta, l'auteur conclut à la nature épithéliale de ce néoplasme et à son origine purement fœtale. Il s'agit, non pas d'un sarcôme, mais d'un épithélioma ecto-placentaire.

D'après M. Doléris, les cellules déciduales et les cellules de l'ectoderme fœtale ont de grandes analogies au point de vue anatomique. Il paraît donc bien difficile de se prononcer en présence d'un déciduome et de leur attribuer une origine fœtale exclusive. De plus, dans les trente ou trente-cinq cas de déciduome confirmée, il en est six ou sept pour lesquels il est impossible d'admettre l'origine fœtale, car le commémoratif grossesse ou fausse couche manque dans leur histoire.

M. Durante ne croit pas qu'il existe des faits de déciduomes malins vrais en dehors de la grossesse. Parmi les faits publiés comme tels, les uns concernent des tumeurs d'une toute autre nature, où l'on ne rencontre pas les éléments caractéristiques du déciduome ; ce sont probablement des sarcômes ou des adénosarcômes de la muqueuse utérine. Les autres, qui concernent probablement des déciduomes vrais, sans môle hydatiforme, sans polypes placentaires, sans même grossesse récente, ont été observés chez des multipares, et l'on signale toujours, avant le début de l'affection, un arrêt des règles pendant 1, 2 ou 3 mois, puis l'apparition de métrorrhagies ; ensuite la tumeur maligne suit son cours. Il est bien probable qu'ici on se trouve en présence d'un processus arrêté les premiers mois de la gestation.

---

ATRÉSIES MULTIPLES MONILIFORMES DE L'INTESTIN GRÊLE, CHEZ UN ENFANT A TERME.

MM. Durante et Sivon relatent l'observation d'un enfant provenant du service de M. Porak et qui mourut d'une obstruction intestinale quatre jours après sa naissance. A l'autopsie on trouva un arrêt de développement de l'intestin grêle : l'iléon, à partir du cœcum et sur une longueur de 25 à 30 centimètres, se présentait sous la forme d'une série de segments intestinaux fermés à chaque extrémité par un cul-de-sac conique. Histologiquement ces culs-de-sac présentent la structure normale de l'intestin, mais avec des tuniques muqueuses et musculaires atrophiées.

---

UN CAS DE FRACTURE INTRA-UTÉRINE DU TIBIA, AVEC VICE DE CONFORMATION.

MM. Doléris et Scheffer citent les cas d'un enfant qui naquit à terme et qui présentait les malformations suivantes : Jambe déformée, un peu au-dessous de la moitié du tibia ; cet os paraît augmenté de volume et présente en avant au niveau de sa crête un angle saillant. Au niveau de la convexité de cet angle osseux est une petite dépression cutanée circulaire, large de 2 ou trois millim., blanchâtre, légèrement adhérente avec la profondeur. La jambe est aplatie sur sa face externe, les muscles péroniers semblent atrophiés, le péroné paraît mal développé et confondu avec le tibia. Pied en varus équin. Il n'y a que quatre orteils, le deuxième manque.

M. Kirmisson pense qu'il s'agit là, non d'une fracture intra-utérine, mais d'un arrêt de développement du membre inférieur.

M. Porak estime que c'est avec la plus grande réserve qu'il faut admettre les observations de fractures traumatiques, intra utérines. Dans l'achondroplasie, la disposition angulaire des os longs est due à des courbures et non à des fractures.

---

INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON PENDANT LE TRAVAIL

M. Porak relate, à ce sujet, l'observation d'une primipare dont le travail dura 70 heures. L'enfant mourut avant la dilatation complète et la rupture des membranes. Le liquide amniotique

était semblable à de la purée de pois et en petite quantité. Le placenta montre une insertion vélamenteuse du cordon sur le pôle inférieur. La rupture des membranes artificielle se trouvait placée entre l'insertion du cordon et le bord du placenta, inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Les vaisseaux qui limitaient la déchirure des membranes ne furent pas déchirés. La mort de l'enfant s'explique facilement par la compression du cordon au point de son insertion sur les membranes.

---

SUR LE KRAUROSIS VULVÆ.

Indépendamment des lésions leucoplasiques dont la muqueuse vulvo-vaginale peut être le siège et dont MM. R. Pichevin et Auguste Pettit ont déjà fait connaître deux cas au Congrès de Genève, il existe une affection, qui, pour présenter quelques analogies avec la précédente, n'en constitue pas moins une entité morbide distincte, caractérisée au double point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Décrite pour la première fois en 1885 par Breisky, cette affection a été observée rarement ; en France personne ne l'a encore signalée.

MM. Pichevin et Pettit font connaître un cas de kraurosis typique dont ils tracent le tableau clinique et anatomo-pathologique.

Cliniquement l'altération se traduit par l'apparition de plaques blanchâtres rappelant les caractères de la leukokératose.

Les lesions se résument en une inflammation chronique et une sclérose du derme aboutissant à la dégénérescence des nerfs et des glandes.

Du côté de l'épiderme, on constate une hyperkératinite et une dégénérescence hyaline.

Enfin, ces auteurs montrent que le kraurosis ne peut être identifié avec la leucoplasie.

---

## SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX.

*Séance du* 21 *juillet* 1896 (*suite*).

CONCRÉTIONS VAGINALES CONSÉCUTIVES A UNE FISTULE VÉSICALE.

M. Texier. — Nous avons l'honneur de présenter à la Société

d'Anatomie des concrétions vaginales retirées sur une malade de M. le professeur Boursier ; elle était atteinte d'une fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale et fut opérée par la méthode américaine, en septembre 1895 ; le résultat fut incomplet.

M. Boursier étant devenu souffrant, la malade cessa de se faire soigner pendant près de quatre mois, ayant conservé dans son vagin plusieurs points de suture au fil d'argent. Quand elle se représenta de nouveau, elle perdait toujours ses urines, mais en moins grande abondance et, de plus, elle souffrait beaucoup du vagin, surtout pendant la marche. On fut alors très étonné de trouver le vagin rempli presque entièrement par les concrétions, dont nous vous présentons plusieurs fragments ; le plus gros a le volume d'une petite noisette, les autres sont beaucoup plus petits, mais cela tient à ce qu'on a dû les fragmenter pour les retirer. On s'est efforcé d'en débarrasser le vagin, et plusieurs séances ont été nécessaires pour cela, car leur extraction a toujours été très douloureuse. Elles ont l'aspect des concrétions phosphatiques.

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

*Séance du 17 février 1897.*

### SUR UN CAS DOUTEUX DE SUPERFÉTATION

M. Bidder. — La pièce anatomique que je vous présente provient d'une femme âgée de trente-cinq ans qui vient d'avorter. On y voit deux embryons : le premier est long de 6 centimètres environ et paraît âgé de quatre mois ; le second ne mesure que 1 centim. 7 et ne semble être âgé que de quatre à cinq semaines.

La femme dont il s'agit a eu douze grossesses dont sept suivies d'avortements ; pendant ces grossesses, sa menstruation a été régulière jusqu'au quatrième ou cinquième mois. Il est possible que les deux embryons que je vous montre appartiennent à la même grossesse et que les différences qu'ils présentent ne soient dues qu'à une inégalité de développement, mais il se peut également qu'il s'agisse d'un cas de superfétation.

M. Virchow. — Je ne crois pas que l'on puisse admettre une superfétation, car les deux embryons ne possèdent qu'un même placenta.

M. Landau. — Jusqu'à présent il n'existe pas un seul cas probant de superfétation ; par contre, il arrive assez fréquemment que de deux jumeaux l'un est à terme, tandis que l'évolution du second est entravée faute d'une nutrition suffisante.

(*Semaine méd.*)

---

# REVUE DE LA PRESSE

## DE LA MORT APRÈS LA LAPAROTOMIE

M. Fritsch (Bonn). — La mort survenue à la suite de la laparotomie a été, depuis trente ans, interprétée de façons très diverses. A l'ancienne théorie de la péritonite purulente, Marion Sims a substitué ce que nous appelons la péritonite septique, qui est caractérisée par l'injection du péritoine, la congestion de l'intestin, le tympanisme et l'exsudat séro-sanguinolent peu abondant.

Mais il est inexact de considérer ces cas comme une simple septicémie. Aujourd'hui l'antisepsie et l'asepsie ne sont plus un monopole. Ce qui le montre, c'est l'amélioration des résultats obtenus de tous côtés. Cependant il faut reconnaître qu'on n'obtient pas une asepsie absolue, au sens de la bactériologie. Si on pratique l'une après l'autre deux ou trois laparotomies, on en voit succomber une, et cependant la préparation, l'exécution de l'opération sont les mêmes ; les cas sont semblables.

Pour une même manière d'agir, les résultats sont variables suivant les tissus, suivant les individus ; leur résistance vis-à-vis des bactéries est inégale. On n'a jamais vu de maladie pestilentielle tuer absolument toute une population. Les conditions extérieures restant les mêmes, tous les individus ne succombent pas au choléra, au typhus. On voit même les bactéries de ces dernières maladies se rencontrer chez des individus bien portants.

Pour les lapatoromisées, il n'y a pas de conclusions absolument générales. Le péritoine, l'organe essentiel dans ce cas, donne lieu à des évolutions physiologiques et pathologiques rapides. Il résorbe rapidement ; il met rapidement les microcoques hors d'état de nuire, c'est-à-dire qu'il les absorbe et les déverse dans le torrent circulatoire, milieu extrêmement antiseptique.

Mais pour que les microcoques soient ainsi détruits il faut : 1° qu'ils ne soient pas trop nombreux ; 2° que la circulation soit normale et le

cœur en bon état ; 3° que les fonctions du péritoine soient conservées grâce à un état anatomique normal. Si les opérations faites par la voie vaginale donnaient des résultats supérieurs à la laparotomie, malgré leur durée et les hémorragies, c'est parce qu'elles respectaient le péritoine qui n'était ni refroidi, ni modifié dans ses conditions de pression.

Nous pouvons constater souvent les fâcheux effets de l'ouverture du péritoine : les vaisseaux se dilatent ; il s'y fait de la stase circulatoire. Il en résulte des modifications du péristaltisme et des fonctions de la muqueuse intestinale ; il se produit des gaz, une exagération de la pression intestinale ; la paroi de l'intestin devient perméable aux bactéries.

Ces altérations spontanées du péritoine, on les provoque encore par ce qu'on a appelé la toilette du péritoine, qu'on lave, qu'on soumet à l'action d'agents chimiques. Les bactéries que l'opération a pu amener, ne sont plus entraînées ; elles trouvent dans le péritoine ainsi modifié un bon milieu de culture.

En général, l'intestin affaibli pendant l'opération ne tarde pas à revenir à l'état normal dès qu'il se retrouve dans ses conditions physiologiques. Mais les légers symptômes rappelant l'iléus, que l'on observe après les laparotomies graves, indiquent la lésion fonctionnelle du péritoine. Au bout de vingt-quatre heures, l'intestin a repris ses fonctions, et si le cœur est vigoureux et le pouls normal, il ne subsiste aucun danger ; mais il n'en est pas de même dans le cas contraire.

Ainsi, sans parler de l'infection, le danger post-laparotomique a deux causes reliées ensemble : la faiblesse cardiaque d'une part, l'altération des fonctions péritonéale et intestinale d'autre part. Le danger n'est pas hors de l'organisme, mais, au contraire, en lui. Le danger de l'infection n'est pas seul à craindre, mais encore l'affaiblissement de la résistance générale et locale. Les laparotomisées ne meurent pas parce qu'elles sont septicémiques, mais elles deviennent septicémiques parce qu'elles meurent ou pendant qu'elles meurent.

Lawson Tait, Kœberlé et autres n'ont jamais fait d'antisepsie. S'ils ont eu d'aussi bons résultats, c'est parce que leurs opérations rapides, bien dirigées, diminuaient peu la vitalité générale et locale de leurs opérées.

Chacun de nous peut s'en convaincre en examinant, non une statistique générale, mais sa statistique personnelle d'opérations graves.

Ainsi Schrœder a pour les ovariotomies une mortalité de 4 % et pour les myotomies une mortalité de 33,3. Pourquoi ? L'antisepsie est la même, mais la durée de l'opération, et, par conséquent, les dangers centraux et périphériques augmentent dans les interventions laborieuses.

Chaque chirurgien voit sa statistique s'améliorer progressivement, à mesure qu'il opère mieux. Chacun a une préférence pour un procédé particulier, qu'il étudie, expérimente et dans lequel il prend une supériorité technique. Pour lui, ce procédé devient le procédé le meilleur, dans lequel on ne perd pas de temps et on ne fait rien d'inutile. L'habileté technique ainsi acquise est la cause de meilleurs résultats obtenus. Aussi l'opérateur n'hésite pas à proclamer la supériorité de sa manière de faire, et il engage avec les contradicteurs une polémique à ce sujet plus ou moins ardente suivant son tempérament.

Que ce procédé soit le meilleur pour lui, c'est certain ; pour les autres, ce l'est moins. Car ce n'est pas le procédé qui assure le succès, mais l'expérience qu'en a le chirurgien. C'est pourquoi on a vu avec des méthodes fort diverses les résultats s'améliorer de tous côtés. Aussi une statistique générale a-t-elle peu de valeur pour démontrer la supériorité d'une méthode et les statistiques particulières sont plus instructives.

Pour revenir à la clinique, voici ce qui se passe après une laparotomie malheureuse : la malade est anxieuse à son réveil ; la respiration est un peu difficile, ce que l'on met sur le compte du pansement. Le symptôme caractéristique est la faiblesse du cœur, la rapidité du pouls. L'abdomen est tendu, le visage est pâle, il y a de la soif et des vomissements. Le tympanisme augmente et le pouls est de plus en plus mauvais.

Ce sont là des symptômes d'iléus, mais il n'y a pas d'obstruction. Ce sont des symptômes péritonitiques, mais il n'y a pas de péritonite purulente, car il n'y a ni fièvre, ni sensibilité à la pression. Il n'y a point de septicémie et le sensorium n'est pas altéré. La septicémie peut bien avoir lieu sans fièvre, mais les cas dont je parle guérissent souvent avec un traitement approprié.

Mais s'il n'y a pas relèvement du pouls et diminution du tympanisme, le second ou le troisième soir on voit s'allumer une légère fièvre qui s'accroît à la fin de la vie. Alors les malades sont envahies par la septicémie ; mais le trouble le plus grave ce n'est pas la fièvre, c'est la faiblesse cardiaque.

Si ma manière de voir est juste, quand on se trouve en face d'un cœur faible ou affaibli, quand il y a thrombose après une pneumonie ou l'influenza, il ne faut pas opérer, mais attendre. Avant une opération, il faut s'abstenir de tout ce qui peut affaiblir : bains frais, diète, purgatifs énergiques. La technique opératoire doit être bonne et le traitement consécutif soigneux. Les lavages de l'estomac, les lavements chauds, les toniques sous-cutanés, la quinine, etc., combattent la faiblesse.

Il y a trente ans, les chirurgiens de la vieille école, bons anatomistes et versés dans la médecine opératoire, opéraient habilement et leurs malades succombaient. Il s'est fait une réaction et on a dédaigné l'habileté technique, l'expérience, la science et même les connaissances anatomiques. Grâce à l'antisepsie, il a semblé inutile d'opérer rapidement et habilement. L'antisepsie seule est nécessaire, dit-on.

Il faut réagir contre cette tendance. Il faut répéter que la technique, l'habileté, l'expérience ont une grande importance pour le succès.

Il serait avantageux qu'en gynécologie la technique opératoire fût fixée par des règles précises, comme elle l'est en chirurgie. Ce progrès sera peut-être réalisé dans trente ans. (*Bull. méd.*)

---

DE L'OCCLUSION INTESTINALE, CONSÉCUTIVE A L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. Cittadini étudie la pathogénie, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'occlusion intestinale mécanique, consécutive à l'hystérectomie vaginale, à l'occasion d'un cas personnel, terminé par la mort au septième jour.

Il s'agissait d'une multipare, atteinte de ptose viscérale, et d'atrophie du tissu cellulo-graisseux abdomino-pelvien, opérée d'hystérectomie vaginale pour une réflexion utérine avec ovaro-salpingite parenchymateuse bilatérale. Il y eut procidence d'anses de l'iléon dans le pelvis, agglutinement de ces anses par péritonite plastique et adhésive aseptique, et symptômes d'occlusion, qui ne cédèrent ni à une tentative de libération par le vagin, faite au quatrième jour, ni à une laparotomie pratiquée au cinquième.

L'échec de la laparotomie dans ce cas, conforme aux mécomptes qu'elle a donnés à la plupart des opérateurs, incite l'auteur à préconiser, comme traitement chirurgical de cette complication, l'entérostomie.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

1. L'occlusion intestinale vraie est une complication redoutable et relativement fréquente de l'hystérectomie vaginale : il est logique de s'attacher à l'éviter, surtout chez les prédisposées, par un manuel opératoire spécial, tel que : occlusion de la brèche vaginale par suture ou pincement ; extériorisation des moignons pincés ou ligaturés des ligaments larges.

2. Rien n'est à négliger dans l'étude des suites opératoires immédiates de l'hystérectomie, de telle sorte que l'iléus soit diagnostiqué dès son début et qu'on ne temporise pas dans la médication à y opposer. Ce diagnostic devra : 1° préciser le siège de l'occlusion ; 2° faire éliminer toute idée d'iléus paralytique par septicémie mécanique.

3. Une fois établie l'origine mécanique de l'occlusion et une fois posée l'indication d'intervenir chirurgicalement, il faudra limiter le traumatisme au strict nécessaire, sous peine de complet mécompte. L'entérostomie suivant un procédé rapide et simple, tel que le procédé des pinces de Chaput, pratiquée sans anesthésie générale, paraît le procédé de choix. La laparotomie pourra s'imposer dans la suite comme mesure curative, si tant est que l'anus artificiel ne s'oblitère pas spontanément. Le pronostic de cette laparotomie secondaire est infiniment moins sombre que celui de la laparotomie d'emblée.

(*La Clinique.*)

---

SUR QUELQUES AFFECTIONS OCULAIRES EN RAPPORT AVEC LA DYSMÉNORRHÉE.

M. le Dr Gallemaerts (de Bruxelles) étudie, dans les *Archives de tocologie*, certains cas dans lesquels la dysménorrhée provoque des altérations oculaires plus ou moins marquées.

L'état de l'acuité visuelle et celui du champ visuel, au moment des règles, ont été étudiés par Finkelstein. Cet auteur a trouvé que la vision centrale ne change pas, mais il se produit un rétrécissement du champ visuel qui commence deux ou trois jours avant les règles, atteint son maximum le troisième et quatrième jour de la menstruation et finit vers le septième ou le huitième jour. Il est plus accusé lorsqu'il existe en même temps divers symptômes nerveux, et surtout lorsque l'écoulement sanguin est abondant. En somme, dans la menstruation régulière, les troubles oculaires sont peu prononcés et les affections du côté des yeux sont rares. Il y a à signaler, cependant, l'apparition d'orgelets aux paupières chez certaines femmes bien réglées, et la recrudescence de certaines kératites à chaque menstrue.

Toutefois, ces modifications du champ visuel deviennent beaucoup plus apparentes lorsque l'écoulement du sang s'accompagne de fortes douleurs ou lorsqu'il se supprime à l'époque qui correspond au temps des règles. On arrive ainsi à l'étude de la dysménorrhée.

Lorsque celle-ci dépend d'une maladie des organes génitaux, elle détermine du côté des yeux tantôt des troubles fonctionnels, tantôt des troubles circulatoires graves. Parmi les premières on peut signaler surtout l'affection décrite sous le nom d'asthénopie neurasthénique. Les symptômes de cette affection sont la fatigue de la vue par le travail, parfois de la photobie, des douleurs ciliaires, du larmoiement.

Au bout d'un certain temps, l'hyperesthésie se transforme en anesthésie, il se produit un rétrécissement concentrique du champ visuel et en même temps une diminution dans l'acuité visuelle centrale.

La perception des couleurs est en général altérée. Il s'agit donc d'une amblyopie réflexe ayant son point de départ dans une affection de l'utérus. Le même fait s'observe dans certaines déviations utérines, et il n'est pas très rare de voir la réduction du prolapsus ou de la déviation amener la guérison rapide de l'amblyopie réflexe.

Les inflammations chroniques de l'utérus peuvent déterminer ce que Freund a décrit sous le nom de kopiopie hystérique. Les malades se plaignent surtout de photophobie et de douleurs périoculaires avec sentations de brûlure sur les paupières; elles accusent la présence des corps étrangers dans le sac conjonctival. Souvent aussi il y a une recrudescence subite des symptômes, sans cause apparente, au moment de la menstruation, ou bien sous l'influence d'une émotion morale.

En dehors de ces troubles sans lésions, la dysménorrhée produit dans l'œil toute une série d'altérations organiques ; ce sont des choroïdites, des tritis, des iridochoroïdites, des hémorrhagies capillaires, des hyperbémies de la rétine et de la papille optique, des neuro-rétinites, des névrites rétro-bulbaires.

Toutes ces affections ont leur point de départ dans la dysménorrhée ; on les voit s'améliorer et disparaître lorsque les règles ont repris leur cours normal. La cause intime du phénomène est facile à donner ; peut-être ne s'agit-il que de certains produits organiques ; ces produits de la vie cellulaire des organes génitaux, retenus dans l'économie, exercent leur action sur les différents points de l'organisme ; si l'œil est un *locus minoris resistentiæ*, un lieu d'élection pour les produits, c'est là qu'il vont exercer leurs ravages et déterminer l'apparition de ces troubles si variés.

---

### SALPINGITE AVEC GONOCOQUE,

Par M. Tillaux.

M. Tillaux a opéré une malade présentant sur la partie latéral gauche de l'utérus une tumeur du volume d'une orange, fluctuant doulouréuse et au sujet de laquelle avait été porté le diagnostic de sal pingite aiguë avec rétention du pus dans la trompe. La laparotomi fut pratiquée, la tumeur enlevée et la malade guérit rapidement. Ma une particularité qui mérite d'être signalée c'est que le pus con tenu dans cette poche contenait des gonocoques. Or, quoique la ble norrhagie joue un très grand rôle dans l'étiologie de la salpingit on ne trouve presque jamais de gonocoques dans le pus contenu da les annexes. Il y a là une contradiction qui est expliquée par M. Pilli de la façon suivante ; c'est que, le plus souvent, il s'agit de suppur tions anciennes et que le gonocoque a disparu à ce moment. Aussi, da ce cas particulier, l'examen du pus avait fait dire à M. Pilliet que l'a fection devait être récente, d'autant mieux que l'ovaire ne préser tait pas cette dégénération scléro-kystique si habituelle dans les i flammations anciennes ; et, de fait, cette opinion fut justifiée par recherche des antécédents : cette malade avait eu, en effet, une ble norrhagie évidente un mois environ avant l'opération. Puis, au bo d'une quinzaine de jours, elle eut des accidents abdominaux dénota l'invasion de la salpingite ; de telle sorte qu'il ne fallut guère qu'u mois depuis le début de la blennorrhagie, pour qu'il se produisît épanchement purulent considérable dans la trompe. C'est un fait d'u rapidité d'évolution assurément très exceptionnelle, mais, qui exp que la persistance du gonocoque dans le pus.

(*Jour. de méd. et chir. prat.*

---

### UN CAS D'HYMEN DOUBLE,

Par Olénine.

Une paysanne de vingt ans, d'une santé florissante, menstrue quinze ans, bien réglée et mariée depuis neuf mois, vint avec son m consulter l'auteur sur les tentatives extrêmement douloureuses infructueuses qui, depuis le jour du mariage, n'ont pas encore ame de coït véritable.

A l'examen, on trouve l'hymen charnu, épaissi, à la partie su rieure, un orifice qui laisse passer l'auriculaire. En pratiquant

toucher, M. Olénine s'est heurté, à un ou deux centimètres au delà de l'hymen, au niveau du tiers inférieur du vagin, à une seconde membrane assez molle, avec un petit orifice médian et fermant tout le vagin. Aucune trace d'inflammation.

Par une incision cruciale des deux membranes, le conduit normal du vagin est rétabli dans toute son étendue et la femme est rendue à la vie conjugale.

(*Comptes rendus à la Société médicale de Tambov*, 1895.)

---

DE LA PRÉSENCE DE STREPTOCOQUES DANS LE VAGIN DES PARTURIENTES.

M. Vahle a examiné, au point de vue bactériologique, les sécrétions vaginales de trente femmes enceintes et de soixante parturientes. Pour les premières, parmi des microorganismes variés, il a trouvé trois fois des streptocoques, deux fois à l'état de cultures pures et une fois associés à des staphylocoques.

Pour les parturientes, quinze fois, c'est-à-dire dans un quart des cas, il a constaté la présence de streptocoques, dont onze fois à l'état de cultures pures et quatre fois à l'état de colonies disséminées au milieu d'autres.

Ces résultats ne sont que la confirmation des recherches de Steffeck, Döderlein, Walthard, etc., sur le même sujet, M. Vahle en conclut qu'avant tout accouchement, même chez une femme bien portante : il faut pratiquer des injections antiseptiques prophylactiques.

(*Bull. méd.*)

---

LES INFECTIONS INTRA-UTÉRINES (*Sécheyron*). CONCLUSIONS :

Les conclusions qui peuvent résumer l'état de la question des infections intra-utérines du fœtus ne peuvent être ni définitives, ni applicables à toutes infections. Les principales maladies infectieuses — variole, tuberculose — passent de la mère au fœtus d'une manière irréfutable.

L'infection est probable, mais non certaine.

Les conditions de l'atteinte du fœtus sont encore mal établies ; le degré de virulence, plus encore peut-être que la quantité du poison joue le rôle primordial. L'enfant peut être porteur en germe de maladies virulentes — tuberculose, — capables de se développer dans les semaines ou les mois qui suivront la naissance. La tuberculose est ainsi une maladie héréditaire. L'hérédité est presque fatale si la

mère conçoit en pleine évolution tuberculeuse. Telle est l'idée générale qui dirige les esprits pour l'étude de la tuberculose, de la variole, de la fièvre typhoïde... Mais, il est impossible, avec la pauvreté actuelle de documents, de se prononcer sur l'infection intra-utérine dans les maladies, telles que : la suette militaire, la coqueluche, les oreillons, la grippe, le rhumatisme articulaire aigu et même le paludisme.

L'enfant apparaît bien, d'après toutes nos connaissances modernes sur la prédisposition, — l'immunité, — comme la reproduction organique de la mère. Ses *organites* (Charrin) sont conformes, adéquats à ceux de la mère, dans leur résistance, aussi bien que dans leur faiblesse. La personnalité, la manière d'être particulière à l'individu se détermine surtout à la rupture de la circulation placentaire, à la naissance. Dès lors, nouvel et distinct agent, il réagit selon ses propres forces, avec les provisions d'énergie qu'il détient de ses origines ; il est exposé aux dangers et aux luttes de la vie ; il fonctionne par lui-même et pour lui seul, jusqu'au jour où l'instinct le mettra dans la nécessité d'intervenir pour la perpétuité de l'espèce.

(In. *la Sem. Gynéc.*)

---

### DE LA BLENNORRAGIE PUERPÉRALE DE L'UTÉRUS.

Les rapports de la blennorragie féminine avec la grossesse sont encore peu connus sur plus d'un point. On ignore encore si une grossesse peut se développer dans un utérus atteint de métrite blennorragique. Quand une femme est enceinte, une blennorragie soit ancienne, soit récente, peut-elle s'implanter sur la caduque ? C'est encore chose inconnue.

Nous avons, dit M. *Neumann*, des données plus précises sur la blennorragie ascendante dans les suites de couches. La clinique nous a appris que l'état puerpéral agit à la façon d'une cause prédisposante et favorise l'exacerbation des manifestations blennorragiques et leur extension à l'utérus. L'existence de la métrite par la constatation du gonocoque dans les sécrétions de l'utérus en état de puerpéralité.

M. Neumann, dans deux cas de ce genre, enleva avec la curette des fragments de la muqueuse utérine, et dans le tissu de la caduque il décela la présence du gonocoque. Des foyers d'infiltration de petites cellules dissociaient les cellules de la caduque, et le microbe fut trouvé dans le protoplasma des cellules de pus ou en amas extra-cellulaires

res. On trouvait le gonocoque entre les cellules de la caduque, mais non à l'intérieur de ces cellules. Ces constatations ont paru à M. Neumann démontrer anatomiquement l'existence de l'endométrite déciduale blennorragique.

(*Monatsch. f. Geburtsh. und Gynæk.*, août 1896, et *Bull. méd.*)

---

DES MÉDICAMENTS CONTRE-INDIQUÉS DANS LA GROSSESSE.

Il faut placer en tête des médicaments dangereux, pendant la grossesse, le salicylate de soude, qui est très énergique comme emménagogue ; on peut d'ailleurs s'en servir avec succès pour ramener la menstruation des aménorrhéiques. — La même réserve sera observée à l'égard du salol et de l'acide salicylique.

L'ergot de seigle, l'ergotine, l'ergotinine sont à redouter, cela est de règle. On se méfiera également des purgatifs et des dérivatifs, surtout dans les 3 ou 4 premiers mois de la grossesse. Les révulsifs, tels que sinapismes, sangsues, seront écartés de parti pris ; s'ils ne sont pas sûrement abortifs, ils constituent en tout cas un danger. On prescrira plutôt des lavements et des poudres laxatives.

Les abortifs tels que le safran, l'absinthe, l'armoise, la rue, le tabac..., sont peu dangereux. Il n'en est pas de même de l'acide oxalique et du sulfure de carbone, qui ont été quelquefois donnés par inadvertance dans un but curatif. Chez les femmes qui nourrissent on devra supprimer l'antipyrine et la cocaïne qui sont antigalactogogues.

---

KYSTE DU VAGIN.

M. Dubar a présenté un kyste du vagin enlevé en totalité chez une femme de trente-cinq ans. Cette poche, du volume d'une grosse noix, s'était développée depuis environ six mois sur la paroi antérieure du vagin à 2 centim. du col et à 3 centim. du méat. Très gênante par son poids, elle rendait impossibles les injections vaginales chez cette malade atteinte en même temps de métrite. La tumeur supprimée, l'hystéromètre introduit dans l'utérus donna issue à une certaine quantité de pus crémeux, bien lié, collecté dans la matrice.

D'après l'auteur, ce kyste, qui reposait presque entièrement sur le museau de tanche, empêchait, de ce fait, la sortie des sécrétions utérines.

Pour la pathogénie, il croit pouvoir l'expliquer par l'hypothèse du

développement pseudo-glandulaire, la plus vraisemblable dans le cas particulier, vu la forme du kyste qui manquait de prolongement.

---

### MARCHE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES CHEZ LES JEUNES PRIMIPARES.

(SPITTA. Anal. in *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 51, p. 1345.)

La statistique de l'auteur porte sur 260 accouchées de 18 ans et au-dessous ; voici ses conclusions :

La santé des jeunes primipares est en général satisfaisante, mais l'accouchement qui a lieu souvent, avant la quarantième semaine de la grossesse, dure plus longtemps que chez les autres primipares. La puissance expultrice fait quelquefois défaut et l'étroitesse des parties molles prédispose à des déchirures.

Les présentations du sommet sont la règle.

Les rétrécissements pelviens, dus à un développement incomplet, imposent plus souvent que d'habitude l'application de forceps. L'hémorrhagie post-partum est fréquente, et les suites de couches sont plus souvent fébriles. Les affections mammaires ne sont pas rares.

La mortalité des enfants n'est pas grande et le nombre des garçons croît proportionnellement à l'âge des mères.

---

### LA TOUX UTÉRINE,

Par M. VAN HASSEL.

La toux utérine est un acte purement réflexe, différenciable par certains caractères de la toux hystérique, quoique cette névrose puisse exister en même temps qu'elles. L'hystérie, d'ailleurs, n'a pas son point de départ exclusif dans l'utérus, ni dans l'ovaire. Bien que ces organes, devenus malades, puissent déterminer l'éclosion de manifestations hystériques ou accroître celles qui existent.

La toux utérine s'installe insidieusement. Il est rare même que la malade puisse établir une corrélation directe entre son apparition et l'apparition d'un autre symptôme. Elle est capricieuse dans ses caractères, dans son évolution, subordonnée en cela au terrain éminemment mobile et variable sur lequel elle se greffe.

Diverses causes extérieures probables ont été citées, mais on peut les rencontrer dans toutes les autres variétés de toux : les cris, le froid, la marche, les impressions morales.

On a enregistré quelques prodromes : la névralgie, la constriction du larynx, les spasmes des mouvements expiratoires.

Cette toux est brève, sèche, superficielle, sonore, timbrée, parfois stridente ; d'autres fois rauque et voilée, souvent quinteuse. Elle détermine parfois de la céphalalgie et des éblouissements. Elle s'accompagne de courbature, de douleurs thoraciques musculaires, de douleurs trachéales ou laryngées, de fatigues généralisées et de surexcitations nerveuses. Parfois, on enregistre des troubles sympathiques, tels que les vomissements, et surtout la névralgie utérine.

La toux menstruelle est surbordonnée à la durée de l'écoulement sanguin. La toux gravide, très irrégulière, disparaît après l'accouchement. La toux utérine pathologique dure souvent aussi longtemps que la cause qui l'a occasionnée ; elle prend parfois le caractère d'un asthme ordinaire et procède alors par accès dyspnéiques violents.

Elle constitue donc un épiphénomène au milieu de phénomènes ou d'accidents utérins variés ; elle se différencie aisément de la toux hystérique, si régulière dans sa marche et ses caractères, de la toux pulmonaire et de la toux pleurétique. Il n'y a, pour la distinguer de la toux tuberculeuse, que les résultats stéthoscopiques et ceux que donneront le microscope, dans le cas où quelque mucosité serait expectorée, et le diagnostic d'une affection utérine avérée.

L'auteur rapporte quelques cas qu'il a observés dans sa clientèle et confirmant les généralités qui viennent d'être exposées.

(*Annales médico-chirurgicales du Hainaut*, 15 septembre 1893.)

---

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES SÉCRÉTIONS GÉNITALES DANS LA GROSSESSE ET L'ÉTAT PUERPÉRAL.

Par M. WALTHARD.

Les recherches entreprises par l'auteur sur l'influence du contenu bactériologique du canal génital de la femme sur l'étiologie de la fièvre puerpérale ont donné les résultats suivants :

Le canal génital d'une femme enceinte n'ayant pas été touché au dernier mois de la grossesse se divise en deux zones.

La première zone : vestibule, vulve, vagin et partie inférieure du canal cervical, renferme des microbes.

La seconde zone, comprenant le reste du col, l'utérus et les trompes, ne renferme pas de microbes.

Cette division tient au bouchon muqueux incessamment renouvelé

qui se trouve dans le canal cervical et est sécrété par les glandes de muqueuse. Manquant d'albumine, ce bouchon constitue pour les m cro-organismes du vagin, un mauvais terrain de culture. La sécréti continue des glandes favorise l'expulsion du bouchon hors du c Dans le vagin, le mucus devient un terrain de culture pour les micr organismes, grâce à son mélange avec les sécrétions vaginales.

Le contact des sécrétions vaginales au niveau de l'orifice exte détermine une leucocytose de la muqueuse cervicale et la phagocyt diminue la quantité des microorganismes, d'où résulte une dimin tion de la quantité des germes au-dessus de l'orifice externe. Au po de vue microscopique, on peut diviser la muqueuse cervicale en tr zones.

Dans la zone inférieure, on trouve un mucus homogène, des cell les épithéliales plates, des leucocytes, des micro-organismes du gin, des cellules épithéliales cylindriques isolées.

Dans la 2e zone, on trouve un mucus homogène, des leucocyt des cellules cylindriques.

Dans la 3e zone, on ne trouve plus de leucocytes.

Les deux premières zones correspondent au tiers inférieur, la tr sième zone au deux tiers supérieurs de la muqueuse.

Que la sécrétion vaginale soit normale ou non, c'est au niveau la 2e zone que se trouvent les frontières entre la partie du canal renf mant des germes et celles n'en renfermant pas.

Pour ce qui est de l'accouchement, se basant sur l'absence fréquente des germes dans les lochies de femmes accouchées norm lement, d'une part sur la stérilité constatée des lochies de 10 femm accouchées n'ayant pas été touchées, on peut admettre que dans les couchements normaux, spontanés, la cavité utérine n'est pas infec par les voies naturelles. Les mêmes constatations ont été faites sur animaux par Strauss et Sanchez-Tolédo.

L'écoulement du liquide amniotique réduit au minimum la quant de germes dans le segment du canal qui en renferme.

Dans l'état puerpéral, la cavité utérine est protégée contre l'imm gration spontanée par la colonne muqueuse du canal cervical. composition physiologique et bactériologique du mucus cervical e sauf la consistance, la même que dans la grossesse.

La consistance n'est pas gélatineuse, mais sirupeuse.

Les lochies ne dissolvent pas le mucus.

La quantité de micro-organismes contenus dans la partie du ca

qui en renferme est au début de l'état puerpéral faible, mais augmente avec le temps.

Les micro-organismes pathogènes qu'on rencontre dans la partie fœtale du canal génital sont le streptocoque, le staphylocoque, le gonocoque et le bactérium coli.

L'agent principal de la fièvre puerpérale à tous ses degrés est le streptocoque pyogène. Il a été trouvé 27 fois dans la sécrétion vaginale de cent femmes enceintes n'ayant pas été touchées et ne diffère que par sa virulence de celui qu'on trouve dans les cas de fièvre puerpérale aiguë. Il reste inoffensif dans les tissus de lapins bien portants et vigoureux, comme dans les tissus d'une femme en travail saine.

Les streptocoques du vagin se cultivent bien dans le liquide amniotique ; les cultures n'ont pas d'odeur, la virulence n'augmente pas. Ils se cultivent bien aussi dans les lochies. Les cultures ne sentent pas mauvais ; leur virulence augmente légèrement sans atteindre jamais la gravité des streptocoques provenant d'un processus puerpéral suivi de mort.

Le bactérium coli peut se trouver en abondance dans les sécrétions vaginales. Il produit dans le liquide amniotique des gaz fétides. Transporté dans les lochies stériles, il les colore en brun et vert et les rend fétides.

Les lochies fétides des tissus vivants ne sont pas dues au streptocoque, le bactérium coli peut en être la cause. L'odeur fétide n'implique pas une infection grave.

1° Les streptocoques du vagin agissent comme saprophytes (sans virulence) par les produits qu'ils sécrètent et qui sont résorbés en cas d'élimination insuffisante hors de l'organisme (toxémie ou fièvre de résorption).

Le défaut d'élimination chez les accouchées dans leur lit avec des organes génitaux anatomiquement normaux, se produit dans la cavité utérine. La rétention dans l'état puerpéral est causé par :

*a*) anté ou rétroflexion prononcée de l'utérus ;

*b*) rétention partielle du placenta ou des membranes ;

*c*) pendant le travail, par la rupture prématurée des membranes et le travail prolongé.

L'infection de la cavité utérine se fait :

*a*) par l'intermédiaire des mains ou des instruments ;

*b*) par immigration spontanée, pendant le travail, le long des parties

fœtales ou ovulaires procidentes, pendant les suites de couches le lon des débris de l'œuf retenus et s'étendant à travers le col de la cavit utérine au vagin.

2° Les streptocoques du vagin agissent comme parasites virulent quand les tissus sur lesquels ils vivent ont perdu leur résistance L'accouchement peut produire ce résultat localement par les trouble de nutrition des tissus comprimés.

(*Arch. f. Gyn.*, 1895, et *Rép. univ. d'Obst. et de Gyn.*, 1895, p. 22.

---

SUR CERTAINS CAS D'HYDRORRHÉE CONSÉCUTIVE AUX OPÉRATIONS PRATI QUÉES DANS LE PETIT BASSIN CHEZ LA FEMME ET SIMULANT UNE FISTUL URINAIRE.

M. Ch. Monod appelle l'attention sur le fait suivant :

A la suite de certaines interventions sur les organes du petit bassi chez la femme (ovariotomie, hystérectomie abdominale ou vaginale voire même simple incision de cul-de-sac), il peut se produire, pa une ouverture abdominale ou vagininale qui devient fistuleuse, u écoulement liquide d'une abondance telle qu'il semble ne pouvo être autrement expliqué que par une lésion des voies d'excrétion d l'urine, uretère ou vessie.

Mais ce liquide n'a ni la couleur, ni l'odeur si caractéristique d l'urine ; il en diffère aussi par sa composition chimique, en ce sen qu'il ne contient pas trace d'acide urique et que l'urée qu'il renferm est toujours en faible proportion ; de plus, les substances qui filtrent facilement à travers le rein (iodure de potassium, salicylate de soude etc.) font toujours défaut dans ce liquide, tandis qu'elles sont facile- ment retrouvées dans l'urine de miction.

Enfin, dans trois cas l'écoulement, après avoir duré pendant long- temps, a fini par se tarir, terminaison favorable qui ne s'observe guère dans les fistules urinaires.

M. Monod rapporte en détail l'observation personnelle qui a été le point de départ de ses recherches sur ce point.

Il en rapproche des cas analogues qui lui ont été communiqués pa ses collègues MM. Bouilly, Pozzi, Segond. Il énumère les argument sur lesquels on peut s'appuyer pour établir qu'il ne s'agit probable- ment pas, en pareil cas, d'une fistule urinaire.

Sans se prononcer sur l'origine de ce singulier écoulement, M. Mono fait remarquer que, du moins, il ne faut pas chez ces malades s

hâter d'intervenir par une opération radicale, puisque la guérison spontanée peut survenir, bien qu'à très longue échéance.

---

### HERNIE DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE DE FALLOPE CHEZ UNE ENFANT DE 4 MOIS.

A l'hopital « Middlesex », M. Bland Sutton a opéré une enfant de 4 mois pour une grosseur grande comme une noix qui occupait l'aine droite. Les caractères cliniques de cette grosseur semblaient indiquer une hydrocèle du canal de Nuck, mais le sac était si tendu qu'il était impossible d'y déterminer la présence d'un corps étranger. La mère déclara que depuis plusieurs jours elle avait remarqué une enflure dans l'aine de l'enfant, mais que la grosseur avait soudainement augmenté ; pour cette raison elle était venue à la consultation.

On chloroforma l'enfant et le sac fut librement exposé. En l'ouvrant, un jaillissement de sérum eut lieu et on aperçut dans sa profondeur un corps cystique allongé. En examinant ce dernier on reconnut que c'était l'ovaire avec un kyste occupant son pôle utérin et l'ampoule de la trompe. Le col du sac était très petit, le pédoncule fut transpercé avec de la soie fine et assurée comme dans l'ovariotomie. L'ovaire, la trompe et les parties adjacentes furent enlevés par une incision et alors le moignon laissé remonta facilement dans la cavité du péritoine. Le col du sac fut ensuite transpercé et la partie libre enlevée par une section ; les piliers de l'anneau abdominal furent rapprochés par un toron mince de corde à boyau et l'incision de la peau fermée avec de la corde à boyau et scellée avec de la gaze stérilisée et du collodion.

M. Sutton remarque que bien des cas de hernie de l'ovaire chez des bébés ont été rapportés; quelques-uns même chez des enfants n'ayant que 3 mois ; dans certains cas les symptômes ressemblaient beaucoup à ceux d'une hernie étranglée; mais à l'opération on trouvait un ovaire qui avait subi la rotation sur son axe.

En 1884, Chiene enleva un ovaire dans une hernie d'une enfant de 3 mois et ce cas est souvent cité par erreur comme celui de la plus jeune malade sur laquelle on ait pratiqué l'ovariotomie. Les bébés, dit M. Sutton, supportent bien les opérations pour les hernies; le plus jeune malade qu'il ait lui-même opéré pour une hernie étranglée est un bébé de 28 jours et le sac contenait une anse de l'iléon. L'enfant fit une guérison rapide, ainsi que le bébé dont nous venons de rapporter l'opération. (*Médecine Mod.*)

---

TUMEURS DE L'URÈTHRE,

Par M. le Dr E. Loumeau. (*Journal de Méd. de Bordeaux.*)

Les tumeurs de l'urèthre appartiennent presque exclusivemen au *sexe féminin* ; le plus souvent, il s'agit de *néoplasmes bénins* qu siègent au voisinage du méat, et ont ordinairement pour point de départ la paroi inférieure du canal.

Des malades viennent ordinairement consulter alors que la tumeu n'a pas encore un gros volume, ce qui rend l'intervention d'autan plus facile.

*Cette intervention doit intéresser toute la tumeur, mais rien que la tumeur,* de façon à éviter la récidive, mais aussi la destruction d'une étendue plus ou moins grande de la muqueuse avoisinante ; auquel cas la réparation cicatricielle peut amener une sténose grav du canal.

L'auteur, se bornant à ses observations personnelles (dont troi sont rapportées dans ce travail) conclut, qu'à part le cas de polype à pédicule étroit et allongé, faciles à étrangler dans l'anse d'une ligature, d'un serre-nœud ou d'un galvano-cautère, il faut recourir à l'*anesthésie générale*. Celle-ci *permet de dilater le canal* pour découvrir le point d'implantation de la tumeur : « Vouloir, sans anesthésie, pratiquer l'ablation ou la destruction de semblables tumeurs, c'est exposer presque fatalement à faire une opération incomplète et par conséquent inutile, ou à déterminer un délabrement capable d'entraîner un rétrécissement cicatriciel du canal. »

---

# VARIÉTÉS

—

Une nourrice contaminée par son nourrisson atteint de syphilis héréditaire est-elle toujours en droit de réclamer des dommages-intérêts ? — Le 27 novembre dernier, la Cour d'appel de Paris a rendu un arrêt confirmant un jugement du Tribunal civil de la Seine qui avait débouté le mari d'une nourrice à laquelle son nourrisson avait communiqué la syphilis.

La Cour, comme les juges de première instance, s'est fondée, d'une part, sur le fait que le nourrisson ne paraissait, lors de sa naissance,

atteint d'aucune affection contagieuse, et que la syphilis, d'ordre héréditaire, ne s'est manifestée chez l'enfant que quelques semaines plus tard ; d'autre part, qu'il résulte de l'examen pratiqué par l'expert sur le père et la mère de l'enfant, que ni l'un ni l'autre des deux conjoints ne présentent d'accident actuel de syphilis, ni de vestige d'accidents syphilitiques antérieurs.

Dans ces conditions, l'expert n'ayant pu spécifier celui du père ou de la mère qui aurait transmis à l'enfant la maladie que celui-ci a communiqué à sa nourrice, la preuve manque pour établir à la charge de l'un d'eux une faute personnelle.

C'est pour ces raisons que la Cour a déclaré le mari de la nourrice mal fondé dans sa demande. Mais ne semble-t-il pas, dans l'espèce, que la simple constatation de la syphilis « d'ordre héréditaire » était susceptible d'établir la responsabilité des parents ?

(*Sem. méd.*)

—

Mortalité élevée par fièvre puerpérale en Angleterre. — M. Ch. J. Cullingworth a attiré l'attention sur ce fait, mis en évidence par les relevés du Registrar General, à savoir que, malgré les progrès de l'antisepsie et la disparition presque complète de la fièvre puerpérale dans les hôpitaux, cette affection est encore si fréquente parmi la population urbaine et rurale de l'Angleterre et du pays de Galles, que sa mortalité n'a pas diminué sensiblement depuis 1847, époque à laquelle remontent les premiers renseignements statistiques à ce sujet. C'est ainsi que, pour ne citer que quelques chiffres, la mortalité par fièvre puerpérale calculée pour 1.000 accouchements, qui était de 1.5 en 1847, a atteint en 1853 un minimum de 1.3 et en 1874 un maximum de 3.6 ; elle a oscillé entre 1.6 et 2.9 durant les années 1875 et 1889, puis elle a été de 2.2 en 1890 et 1891, de 2.6 en 1892, de 3.3 en 1893, de 2.4 en 1894 et de 2.0 en 1896.

Cette persistance de la fièvre puerpérale n'est nullement due, ainsi qu'on serait tenté de le croire, à l'augmentation de densité de la population. En effet, il a été bien établi que la fièvre puerpérale sévit surtout dans les régions dont la population est relativement faible et où les communications sont difficiles, le personnel médical insuffisant, de sorte que la plupart des accouchements y sont pratiqués par des sages-femmes ou même par des accoucheuses non diplômées n'ayant aucune notion des mesures élémentaires de propreté.

Le remède à un pareil état de choses est donc tout indiqué : il con siste à créer et assurer partout le contingent nécessaire de sages-fem mes au courant des procédés de l'antisepsie moderne.

(*Semaine médicale.*) Dr A. Gubb.

---

# BIBLIOGRAPHIE

I. **Quand et comment traiter les amygdales hypertrophiées ?** par Dr Marage, Paris, 1897.

II. **Localisations spéciales de la syphilis héréditaire,** par le Dr G. Ga ne. Paris, Steinheil, 1897.

III. **Monstre paracéphalien et dystocie fœtale,** par le Dr Duloroy. Na cy, 1897.

IV. **Note sur un nouveau cornet acoustique servant en même temps masseur du tympan,** par le Dr Marage.

V. **Sciatique fémoro-fessière d'origine variqueuse. — Indications de castration abdominale totale. — Hystérectomie abdominale totale. Nouveau traitement de la coxalgie,** par le Dr Delagénière (du Mans)

VI. **Traitement de la typhlo-appendicite et de ses complications,** p M. Ozenne, chirurgien de Saint-Lazare.

VII. **Le traitement chirurgical de la surdité,** par le Dr Garnault, Par 1897.

VIII. **Goutte militaire et mariage,** par le Dr Louis Jullien, chirurgien Saint-Lazare. Paris, 1897.

IX. **Note sur l'ulcération blennorrhagique,** par le Dr L. Jullien, chiru gien de Saint-Lazare, Paris, 1897.

X. **Gastro-jéjunastomie postérieure pour sténose cicatricielle du pylo Guérison,** par le Dr E. Poucel, chirurgien des hôpitaux de Marseill (Extrait de la *Gazette des hôpitaux* du 4 août 1896.) Paris, Imprime F. Levé, 17, rue Cassette, 17, 1896.

**Dosage de l'acide urique,** par A. Vicario, pharmacien de première clas Licencié ès-sciences, Lauréat de l'école supérieure de pharmacie Paris. (Rapport présenté au 2e Congrès international de Chimie app quée, tenu à Paris du 27 juillet au 5 août 1896.) Compiègne, imprime Henry Lefebvre, 31, rue de Solférino, 31, 1896.

XII. Comparto ostetrico-ginecologico dell' ospedale maggiore di Milan diretto dal Prof. M. Mangiagalli, Dott. Carlo Decio. **Del parto forza e del taglio cesareo in gravida agonizzante perchè li feto sia vulvo vitabile. Studio storico-critico.** (Estratto dagli *Annali di Ostetrici Ginecologia.*) Milano, Tipographia editrice L. F. Cogliati, via Panta n° 26, 1896.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**37.—Traitement et guérison sans douleurs des papillomes vulvaires par l'emploi du collodion salicylé.—** Partant du succès que le collodion salicylé donne dans le traitement des cors, verrues, etc., M. Mencière songea à employer ce médicament contre les papillomes vulvaires. Il vient de faire connaître dans la *Tribune méd.* les heureux résultats auxquels il est arrivé.

Quand on fait une application de collodion salicylé la malade ne ressent aucune douleur. Une demi-minute après l'application, elle perçoit une sensation de chaleur très supportable n'ayant pas le caractère d'une douleur cuisante.

L'anesthésie locale est donc inutile.

Au bout de cinq à dix minutes, cette sensation elle-même a disparu et la malade peut vaquer à ses occupations.

Le médicament ne laisse pas de cicatrices.

La durée du traitement est d'une quinzaine de jours.

Chaque papillome séparément, fût-il de la grosseur d'un petit pois, peut être guéri entre cinq et huit jours.

L'application du traitement est facile ; voici comment M. Mencière le formule :

| | |
|---|---|
| Collodion élastique..... | 5 grammes. |
| Acide salicylique..... | de 2 gr. à 2 gr. 50 |

Appliquer quelques gouttes, de cette solution sur huit ou dix papillomes dans une même séance. Dès le lendemain, recommencer sur huit ou dix autres et cautériser encore les premiers.

Continuer le traitement jusqu'à disparition complète.

Il n'est pas nécessaire de trop veiller à ne dépasser les limites de chaque petite végétation, car ce collodion salicylé a une action élective sur les points malades, et est sans action sur la muqueuse saine.

Si, pour des raisons quelconques, on avait besoin de faire disparaître rapidement ces papillomes, il suffirait de les exciser et de faire une application de collodion salicylé après avoir fait une légère compression pour empêcher de saigner.

Mais si on a quelques jours de plus à sa disposition, on applique

simplement du collodion salicylé, et la malade guérit aussi rapide ment qu'avec les autres procédés et sans présenter de cicatrices.

***

**38. — Purgatifs pour les nourrissons.** — D'après le do teur Marfan, le purgatif le meilleur pour les petits enfants est l'huil de ricin. Pour masquer le goût, on peut donner l'émulsion à l'hui de ricin du Codex, qui renferme de la gomme, de la menthe et d sucre ; on donne environ 30 grammes de cette émulsion à un enfa qui a dépassé 1 an.

Si l'enfant se refuse à prendre de l'huile de ricin, on donnera de scammonée qui est insipide :

| | |
|---|---|
| Scammonée | 0.5 à 10 centigr. |
| Sucre | 5 gr. |
| Lait | 10 — |

On pourra aussi employer le sené associé à la manne :

| | |
|---|---|
| Eau bouillante | 200 gr. |
| Manne en larmes | 30 — |
| Follicules de sené | 4 — |
| Poudre de café torréfié | 10 — |

A faire prendre dans la journée.

***

**39. — Substance ovarienne dans l'aménorrhée.** — D' près Werth, l'absorption de 25 centigrammes de substance ovarien animale avec partie égale de chlorure de sodium (sous forme de t blettes) ferait disparaître rapidement les douleurs de l'aménorrh soit naturelle, soit occasionnée par une opération. Mond vient vérifier cette assertion, et, sans tirer de ses essais une conclusi absolue, il préconise cette médication qui lui a réussi.

***

**40. — Erodium cicutarium, succédané de l'ergot d seigle.** — Cette substance, introduite en thérapeutique par Komor vitch, contre la ménorrhagie, serait, sous le rapport de la sûreté d'a tion, supérieure à l'ergot de seigle et à *l'hydrastis canadensis*. l'administre en infusion, à 15 : 180 en eau, en y ajoutant quelqu

gouttes d'essence de menthe poivrée. Dosage : 1 cuillerée à soupe de cette infusion toutes les deux heures.

***

**41. — Deux cas de diphtérie du vagin traités par le sérum de Behring.** — M. Brinkmann rapporte les deux observations suivantes :

I. — Une femme, accouchée le 7 décembre 1895, prit le 10 dans son lit sa fillette atteinte de diphtérie. Le 11, M. Brinkmann, appelé, constata cliniquement et bactériologiquement la diphtérie de l'enfant et lui fit une injection de sérum. Le lendemain cette enfant était en bonne voie de guérison, mais la mère avait une fièvre très intense (40°9). Le vagin était atteint de diphtérie ; les parties génitales externes étaient gonflées, les lochies fétides, et cependant il n'existait aucun signe de péritonite ou de paramétrite. M. Brinkmann lui fit une injection de sérum Behring n° 11. Le lendemain de cette injection, l'accouchée était sans fièvre ; les fausses membranes avaient disparu; les lochies étaient encore fétides, ce qui nécessita quelques lavages antiseptiques. Le 18 décembre, cette femme put se lever.

II. — Une femme, accouchée le 23 mars 1896, se leva le 26 pour soigner un porc atteint d'érysipèle. Le 28, la sage-femme constata chez elle une forte fièvre. Le soir M. Brinkmann constata de la diphtérie du vagin, de la matité à gauche de l'utérus, une forte sensibilité du cul-de-sac de Douglas et de l'utérus. On fit des lavages au sublimé pour combattre la fétidité des lochies, et ensuite une injection sous-cutanée de sérum Behring n° 11. Le lendemain les fausses membranes avaient disparu, mais non la fièvre et les phénomènes inflammatoires. Cette femme succomba le 7 avril. (*Deuts. med. Woch.*, n° 24.)

***

**42. — Du traitement des fibromes de l'utérus par la médication thyroïdienne**, par M. le Dr Join (Paris). — C'est par hasard que j'ai trouvé la thérapeutique thyroïdienne des fibromes. J'avais administré cette médication à une malade qui présentait, en plus d'un fibrome volumineux, une obésité pénible. L'obésité fut améliorée et le fibrome qui, avant le traitement, dépassait l'ombilic de deux travers de doigt, perdit rapidement les trois quarts de son volume. Cinq autres femmes furent immédiatement soumises à cette thérapeutique. Aujourd'hui, je possède 25 observations :

12 de mes malades étaient atteintes de corps fibreux à forme hé morragique ;

5 présentaient des corps fibreux caractérisés exclusivement pa l'existence d'une tumeur volumineuse, par des symptômes de gêne de pesanteur et de grande faiblesse ;

5 avaient des hémorragies dites de ménopause, sans qu'il fût pos sible de les attribuer nettement à l'existence de petits fibromes inter stitiels ;

3 présentaient des pertes de sang certainement développées en de hors de tout fibrome (deux sont des cancéreuses : la troisième ava des hémorragies primitivement développées par un petit polype, mai qui avait résisté à l'ablation de ce polype).

Or, voici les résultats qu'il nous a été donné de relever :

Sur les 12 premiers cas, dont 4 nous ont été communiqués par de confrères, on a observé nettement une diminution plus ou moins con sidérable de la tumeur et la diminution sinon la disparition complèt des hémorragies.

Les 5 malades du second groupe ont été également améliorées, d'une façon très appréciable, 2 beaucoup moins, mais cependant en core assez pour qu'il y ait lieu de continuer la médication : une seul malade n'a pas été modifiée.

Les résultats sont supérieurs, on le voit, à ceux que donnent le autres méthodes thérapeutiques des fibromes et ils sont d'autant plu appréciables que la médication est d'une application simple, qu'ell ne présente aucun danger et que la nature des corps fibreux autoris toujours une certaine temporisation.

En résumé, je crois pouvoir formuler les conclusions suivantes :

La médication thyroïdienne modifie certainement le volume d corps fibreux de l'utérus. Elle exerce une influence heureuse sur l plupart des symptômes de cette affection (névralgies locales, faibless générale, abattement moral). Mais elle agit surtout sur l'élémen hémorragique qu'elle modifie constamment et dont elle empêch l'influence débilitante. De plus, elle agit efficacement sur les hémorra gies utérines, spécialement au moment de la ménopause, même en dehors de toute influence fibromateuse appréciable.

Abordant le mécanisme de la médication thyroïdienne, l'auteu émet, avec réserves, quelques hypothèses sur lesquelles, d'ailleurs, i n'insiste en aucune façon.

« Le suc thyroïdien, dit-il, possède-t-il une action spéciale nécessaire à l'intégrité des organes génitaux ? et les corps fibreux doivent-ils être considérés comme une conséquence du fonctionnement insuffisant de cette glande ? Un fait semblerait le prouver. L'anatomie comparée nous apprend, en effet, qu'atteignant son maximum de développement au commencement de l'âge adulte, la glande thyroïde s'atrophie à mesure que l'animal avance en âge. Or, on observe précisément que, rare dans la jeunesse et dans la première partie de la vie végétale, les corps fibreux deviennent de plus en plus fréquents à mesure que la femme vieillit et qu'ils atteignent leur maximum de développement à la ménopause, c'est-à-dire à la fin de la vie sexuelle au moment où le système génital va s'atrophier. Après la ménopause, il est vrai, les productions pathologiques cessent de se développer, mais le système génital n'existe plus physiologiquement et, par conséquent, la glande thyroïde ne saurait désormais l'influencer.

« Généralisant davantage, devons-nous supposer que la glande thyroïde exerce une action régulatrice sur la formation normale des tissus, auquel cas le suc thyroïdien faisant défaut ces tissus auraient de la tendance à retourner à l'état embryonnaire des fibromes, en définitive, représentent histologiquement la période ultime ?

« S'il en était ainsi, la médication pourrait un jour recevoir une application beaucoup plus importante encore. Le fibrome n'étant, en somme, qu'un sarcome à un état plus avancé, il serait légitime d'essayer cette médication contre les sarcomes en activité et surtout à titre préventif, après l'extirpation de tumeurs de cette nature, quel qu'en soit d'ailleurs le siège. Vue de l'esprit sur laquelle il n'y a pas lieu d'insister, mais qui cependant appelle et légitime quelques expériences.

***

**43.—Teinture d'iode contre les contractions tétaniques pendant le travail.** — Müller a recommandé de prescrire la teinture d'iode contre les contractions tétaniques pendant le travail. Il formule la teinture d'iode comme il suit :

Teinture d'iode..... 1 gramme.
Alcool..... 2 grammes.

Dose. — En prendre toutes les demi-heures 5 gouttes dans un demi-verre d'eau chaude.

Dans la plupart des cas le résultat désiré est obtenu dès la deuxième

dose, au plus tard après la troisième ; tout de même fera-t-on bien de la répéter encore une quatrième et cinquième fois. On prendra garde de ne pas perdre inutilement du temps par l'emploi des narcotiques ; plus tôt est institué le traitement par la teinture d'iode, plus rapidement se manifeste l'effet favorable, à savoir, dès que disparaissent les contractions tétaniques, les poussées énergiques ne tardent pas à survenir.

***

**44.—Sur un procédé opératoire destiné à remplacer la laparotomie exploratrice dans les affections gynécologiques.** (*Sem. méd.*, 1896, n° 40.)—Dans les cas de lésions péri-utérines obscures où l'examen direct des parties atteintes est indispensable pour établir le diagnostic, M. le docteur W. Pryor, professeur de gynécologie à la New-York Policlinic, substitue avec avantage à la laparotomie exploratrice un procédé opératoire qui consiste à pénétrer dans la cavité pelvienne par une incision pratiquée dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Deux jours avant l'intervention, on tamponne le vagin au moyen de tarlatane imbibée d'une solution de sublimé à 0,20 °/₀₀. Ce tampon humide est destiné à ramollir les couches superficielles de l'épithélium vaginal. On le renouvelle au bout de vingt-quatre heures, et à ce moment on rase les parties génitales de la malade.

L'opération elle-même est exécutée de la façon suivante :

La patiente étant endormie au moyen du chloroforme, on nettoie à la brosse les organes génitaux externes et le vagin ; on curette l'utérus, on le lave avec de l'eau bouillie salée à 1 °/₀ et on essuie sa cavité avec de la gaze iodoformée.

Ceci fait, on attire l'utérus à la vulve, on saisit avec une pince un pli de la muqueuse vaginale juste au niveau de la ligne où elle se réfléchit sur la face postérieure du col utérin et on y pratique une incision correspondant à la partie médiane du col. On prolonge l'incision des deux côtés, de façon à lui donner les dimensions du diamètre transversal du museau de tanche. Par cette ouverture l'opérateur insinue son doigt jusqu'au niveau de l'orifice utérin interne, point où il perfore le péritoine. S'il ne réussit pas à déchirer le péritoine avec le doigt, il incise cette séreuse, après l'avoir saisie au moyen d'une pince ; dès lors il est possible, pendant que l'utérus est attiré en bas, de procéder à l'examen digital du contenu de la cavité de l'abdomen.

Si l'on s'aperçoit que cette exploration est insuffisante et qu'une inspection oculaire est nécessaire, on agrandit l'incision vaginale, soit en la dilatant simplement avec les doigts, soit en touchant légèrement les angles au bistouri. On introduit ensuite un écarteur à valve dans la cavité péritonéale ; on libère l'utérus et on le récline derrière la symphyse. De cette façon on ouvre largement la cavité du bassin, dans laquelle on glisse une compresse de tarlatane munie d'un fil dans le but d'empêcher l'issue des anses intestinales et l'écoulement de sérosité sanguinolente.

La patiente est alors placée dans la position de Trendelenburg, il devient facile de faire rentrer dans l'abdomen les anses intestinales et les parties de l'épiploon qui peuvent être prolabées.

L'examen des organes pelviens étant complètement terminé, on essuie soigneusement les parois vaginales et la cavité utérine, on enlève la compresse introduite par l'incision vaginale, on obstrue cette dernière avec un tampon peu serré de gaze iodoformée, on tamponne l'utérus et le vagin, on place à demeure une sonde molle dans la vessie, et, enfin, on dilate le sphincter anal. Il convient de s'abstenir de l'usage de la morphine. Au bout de vingt-quatre heures, on donne un purgatif salin et on permet l'usage de quelques aliments légers. Deux jours après, on lave la vessie avec de l'eau boriquée et on enlève le cathéter. Le lendemain on supprime le tampon utérin sans pratiquer de lavage de la matrice, et on refait le tamponnement du vagin. Le tampon de la plaie vaginale est renouvelé, pour la première fois, au bout de sept à dix jours sous le chloroforme. Il est ensuite changé tous les huit jours, mais sans qu'il soit désormais nécessaire de recourir à l'anesthésie chloroformique, jusqu'à ce que la plaie soit complètement cicatrisée.

La patiente peut commencer à se lever quinze jours après l'opération.

La plaie vaginale se ferme rapidement et laisse une cicatrise qu'il devient difficile d'apercevoir au bout de quelques mois.

(*Revue int. de méd. et de chir.*)

***

**45. — Traitement des vulvites et vaginites des petites filles.** — Dans le cas de vulvite simple sans uréthrite, ni vaginite, on fera trois fois par jour des lotions avec la décoction de feuilles de

noyer, la liqueur de Van Swieten coupée d'eau bouillie par parti égales, ou la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Permanganate de potasse..... | 0 gr. 50 centigr. |
| Eau distillée..... | 500 grammes. |

ou bien :

| | |
|---|---|
| Chlorate de potasse..... | 15 grammes. |
| Eau distillée..... | 300 — |

On séchera la vulve à l'aide de coton hydrophile, on écartera l lèvres et on saupoudrera avec du salol ou de l'acide borique, on r couvrira d'ouate et on appliquera un bandage en T.

En même temps trouvent leur indication, bains de sel, d'amido ou bains sulfureux.

S'il y a vulvo-vaginite, il devient nécessaire d'agir sur la muqueu vaginale.

A l'aide d'une petite seringue ou d'une poire de caoutchouc, on f ra des injections dans le vagin, soit avec la solution de permangana de potasse déjà indiquée ou avec la liqueur de Van Swieten, ou bi on injectera tous les jours ou tous les deux jours, la solution arge tique :

| | |
|---|---|
| Nitrate d'argent..... | 2 grammes. |
| Eau distillée..... | 100 — |

La toilette de la vulve précèdera toujours les injections vaginales.

Si les parents se refusaient aux injections vaginales, on pourra utiliser les crayons de salol ou d'iodoforme formulés ainsi :

| | |
|---|---|
| Beurre de cacao..... | 1 gramme. |
| Salol ou iodoforme..... | 0 gr. 10. |

pour un crayon de 3 millimètres de diamètre.

L'uréthrite sera soignée par les balsamiques, santal, cubèbe en ca sules ou sous forme d'électuaire.

| | |
|---|---|
| Poudre de cubèbe..... | 10 gr. |
| Miel blanc..... | 20 gr. |

dont on donnera le quart chaque jour.

Si dans le cours d'une vulvo-vaginite on voit apparaître une ophta mie, cette complication, qui peut être terrible, sera traitée comm l'ophtalmie blennorrhagique ; car il faut bien savoir que ces vulvit et vulvo-vaginites, pour n'être pas d'origine vénérienne, n'en son pas moins très souvent de nature blennorrhagique.

(*Journal de Méd. et Th. Infantile.*)

***

**46. — Traitement du muguet chez le nouveau-né.** (Julius Grosz.) — L'auteur cherche tout d'abord à se rendre compte de la préférence très marquée du parasite à l'égard des nouveau-nés. Pourquoi cette préférence ? Elle est due, selon lui, au travail de desquamation épithéliale qui se produit au niveau de la langue à cet âge ; commencé durant la vie intra-utérine, ce travail se poursuit avec une activité extraordinaire dans les premiers jours qui suivent la naissance. Les premières manifestations parasitaires se produisent du reste à la pointe et sur les bords de la langue, ainsi qu'à la face profonde des lèvres, là où le processus desquamatif est le plus actif.

L'auteur attache peu d'importance aux troubles digestifs, si fréquents chez le nouveau-né, pour expliquer la genèse du muguet, tout en reconnaissant qu'ils l'accompagnent fort souvent. En revanche, il fait ressortir le rôle prédominant que peuvent prendre les mauvaises conditions hygiéniques pour perpétuer une épidémie.

Grosz fait ensuite la critique, raisonnée et appuyée de statistiques justificatives, des lavages de bouche employés préventivement, ou même dans un but thérapeutique, par opposition aux avantages offerts par les badigeonnages quotidiens, qu'il pratique chez le nouveau-né depuis le jour de sa naissance jusqu'à sa sortie de la clinique, avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 (1).

L'auteur, en effet, oppose les résultats obtenus dans trois séries successives d'enfants soumis à des traitements différents :

Dans une première série, il y eut 140 cas de muguet sur un total de 447 enfants traités préventivement au moyen de lavages de bouche quotidiens.

Dans une seconde, on note 88 cas de muguet sur un total de 268 enfants, également traités par des lavages, avec cette différence que l'on ne les ordonne qu'aux enfants qui sont atteints par la maladie, et qu'on les administre avec le plus de ménagements et de douceur possible.

Le nombre des enfants atteints de muguet dans ces deux premières séries s'éleva donc à 233 sur un total de 715 nouveau-nés : ce qui fait une proportion de 32,7 p. 100.

(1) L'auteur emploie une solution à 3 p. 100 quand les enfants présentent les premières manifestations du muguet. Il recommande également le badigeonnage préventif des mamelons de la nourrice avec la solution à 1 p. 100.

A ces deux séries s'oppose la troisième comprenant un total de 246 enfants ; sur ce nombre, on n'eut à constater que 20 cas de muguet, soit une proportion de 9,25 p. 100.

Ce résultat avantageux fut obtenu par l'emploi des badigeonnages au nitrate d'argent substitués aux lavages de bouche.

L'auteur explique ces résultats par la fâcheuse influence du lavage sur un épithélium ayant déjà tendance à desquamer ; il a pu lui-même constater dans bien des cas la genèse de petites ulcérations aphteuses, en rapport direct par leur siège avec la direction imprimée au laveur et vraisemblablement dues à une pure action mécanique.

Sur le nombre d'enfants traités par les lavages de bouche (715), Grosz a pu constater 15 fois une affection aphteuse (Bednar'sche Aphten), alors qu'il n'en vit jamais depuis l'emploi du nitrate d'argent.

Ces petites ulcérations, provoquées par le lavage préventif, ont le grave inconvénient de servir de point d'appel aux localisations de l'oïdium.

Le bien fondé de ces constatations nous est confirmé par les observations concordantes d'Engel et d'Eross, qui signalent aussi une augmentation considérable dans le nombre des cas de muguet lors de l'emploi des lavages et leur diminution lors de leur suppression.

(*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Band XLII, Heft II. 1896.)

***

**47. — Organothérapie par l'ovaire.** (Touvenaint.) — Conclusions :

En résumé, après les quelques essais que-j'ai faits, je crois pouvoir formuler les quelques propositions suivantes :

1° La médication ovarienne peut être prescrite sans danger et même continuée longtemps, pourvu qu'on en surveille les effets :

2° La dose moyenne de poudre desséchée d'ovaire ne doit pas dépasser 0.24 à 0.36 centigrammes par jour :

3° Le traitement doit être continué pendant plusieurs mois ;

4° Cette médication semble être particulièrement indiquée dans l'aménorrhée et la chloro-anémie, où elle fournit d'excellents résultats ;

5° Elle est fort utile dans tous les cas de ménopause artificielle due à l'ablation des organes génitaux ;

6° Elle peut aussi être essayée avec avantage contre les accidents dus à la ménopause naturelle.

(*Rev. int. de méd. et de chir.*)

***

**48.—Lavement d'eau chaude dans la dysménorrée des jeunes filles.** — (*Journ. de méd. et de chirur. prat.*) — Il résulte d'une communication de M. le professeur Tripier, de Lyon, qu'il a employé les lavements d'eau chaude avec le plus grand succès dans la dysménorrhée si fréquente des jeunes filles. Les douleurs parfois si vives qui se font sentir principalement la veille de l'apparition des règles et peuvent se continuer plus ou moins pendant la période menstruelle, sont immédiatement calmées par ce moyen qui peut aussi en prévenir la production, ce qui est encore mieux.

Pour arriver à ce résultat, M. Tripier conseille en général aux malades de commencer l'emploi des lavements dès la moindre apparition des douleurs ; puis de répéter le lavement lorsque la plus légère tendance au retour des douleurs se manifeste, ordinairement plusieurs fois par jour, 3, 4, 5 et 6 fois pendant la période menstruelle, et, en un mot, aussi souvent que les douleurs menacent de réapparaître, de manière à *empêcher absolument* leur production.

Il résulte de cette manière de procéder que non seulement on épargne aux malades des douleurs plus ou moins vives et parfois très pénibles, mais qu'on préserve les malades de ces inflammations chroniques de l'utérus parfois consécutives à une dysménorrhée persistante. En tout cas, les malades qui n'ont pas souffert au moment de leurs règles, voient disparaître, peu à peu, beaucoup de leurs malaises habituels de l'espace intercalaire, tels que : douleurs sourdes persistant du côté du ventre ou des reins et se réveillant sous l'influence de la marche ou de la voiture, dyspepsie, troubles nerveux divers, troubles de la nutrition et affaiblissement général.

Les lavements agissent d'une manière favorable surtout par l'effet de la chaleur qui régularise la situation du petit bassin et particulièrement celle de l'utérus, empêchant des congestions passives et des phénomènes inflammatoires qui peuvent en être la conséquence. Ils ont aussi l'avantage d'évacuer des matières fécales contenues dans l'intestin.

Il va sans dire qu'on doit éviter toute cause capable d'agir en sens inverse de l'effet qu'on veut obtenir. C'est ainsi que le *repos*

*absolu* est de rigueur pendant la période menstruelle et que les malades doivent avoir un régime et une hygiène qui éloignent les causes de congestion du côté de l'utérus et de troubles des fonctions digestives, etc.

***

**49. — Du curettage explorateur dans les affections utérines suspectes.** (*Sem. méd.*, 1896, n° 42.) — On connaît l'importance du diagnostic précoce du cancer de l'utérus et l'impossibilité où se trouve si souvent le médecin d'établir ou d'exclure sûrement ce diagnostic au moyen des procédés ordinaires de l'examen gynécologique, l'inspection et la palpation. Dans les cas obscurs de ce genre, on a généralement recours à la dilatation large de l'utérus qui permet d'examiner à loisir la cavité de la matrice, ou bien à l'ablation d'un fragment de tissu utérin *pris au hasard* et destiné à l'examen miscroscopique. Or, d'après M. le docteur A. Gessner, assistant de la clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Berlin, le premier de ces procédés est dangereux, attendu qu'il peut amener facilement la rupture des parois infiltrés et rigides de la matrice, et le second n'est rien moins que concluant.

En conséquence, notre confrère estime que le moyen le plus rationnel pour établir le diagnostic histologique dans les cas dont il s'agit consiste à pratiquer un curettage explorateur *complet* de la muqueuse utérine.

Conduite suivant les règles de l'asepsie et avec les précautions nécessaires, cette intervention n'offre, d'après l'expérience de M. Gessner, aucun danger d'infection ou de perforation. Elle n'exige qu'une légère dilatation du col de la matrice au moyen de bougies métalliques, dilatation strictement suffisante pour introduire facilement la curette et la canule d'un irrigateur. La patiente doit être chloroformisée.

Les débris de la muqueuse utérine obtenus par le raclage doivent être soigneusement ramenés dans un cristallisoir contenant une solution physiologique (6 °/₀₀) de chlorure de sodium. Après le curettage, il faut bien irriguer la cavité de la matrice pour en extraire les derniers lambeaux muqueux. On se servira pour cela d'eau salée ou d'une solution de sublimé, mais jamais de solutions de lysol ou d'acide phénique, ces dernières influençant d'une manière défavorable l'aptitude des tissus à se colorer.

Les produits de raclage, après avoir été débarrassés du sang qui les

souille et essuyés avec du papier à filtrer, sont placés dans l'alcool. Après durcissement, on peut en obtenir facilement des coupes pour les soumettre à l'examen miscroscopique.

***

50. — **Un procédé exempt de danger pour provoquer l'accouchement prématuré au moyen d'injection de glycérine.** — Il y a quelques années, M. le docteur C. Pelzer (de Mülheim-sur-le-Rhin) a fait connaître un nouveau moyen pour provoquer l'accouchement prématuré, consistant à injecter entre la paroi utérine et les membranes de l'œuf une certaine quantité de glycérine pure. D'autres accoucheurs ont confirmé depuis l'efficacité de cette méthode, mais ils ont aussi constaté que les injections de glycérine, faites suivant les indications de M. Pelzer, étaient susceptibles de provoquer une destruction de corpuscules rouges du sang ayant pour conséquence la production de l'hémoglobinurie et de la néphrite.

Or, un confrère anglais, M. le Dr T. A. Helme (de Manchester), a pu se convaincre que le procédé de M. Pelzer devient anodin sans perdre de son efficacité lorsqu'on le modifie de la façon suivante :

On commence par injecter environ 45 grammes de glycérine *dans le canal cervical seulement*, goutte à goutte, de façon que l'injection dure environ cinq minutes et n'empêche pas l'écoulement en retour du liquide dans le vagin. Dans ces conditions, on observerait très rapidement, souvent au bout d'un quart d'heure, un ramollissement et un certain degré de dilatation du col. Ces phénomènes se produisent d'abord sans douleurs ni raccourcissement de la portion vaginale de l'utérus, mais ils s'accompagnent du décollement d'une portion du pôle inférieur de l'œuf avec le segment inférieur de la matrice. Il se forme ainsi entre les membranes et la paroi utérine un espace libre dans lequel on peut injecter la glycérine sans léser les enveloppes de l'œuf, ni produire de détachement partiel du placenta, c'est-à-dire sans avoir à redouter la pénétration de la glycérine dans le sang.

En renouvelant ces injections de glycérine, que l'on pratique dès lors dans le cul-de-sac formé par le retrait des membranes, à la dose de 60 à 90 gr. et à des intervalles de quelques heures, on ne tarderait pas, d'après M. Helme, à provoquer des contractions utérines assez énergiques pour que la marche ultérieure du travail pût être abandonnée à elle-même.

Notre confrère estime que les injections intracervicales de glycérine peuvent être également considérées comme un moyen précieux pour combattre la rigidité du col dans les accouchements spontanés.

(*La Semaine médicale.*)

***

**51. — Traitement des métrites et des affections annexielles par les injections intra-utérines d'un mélange d'alumnol et d'iode.** (*Sem. méd.*, 1896, n° 39.)—Dans les métrites, notamment dans l'endométrite catarrhale, comme aussi dans certaines affections des annexes, telles que la salpingite et l'exsudat pelvien, M. le docteur I. N. Grammatikati, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Tomsk, obtient des résultats particulièrement favorables en injectant dans l'utérus un liquide ainsi composé :

| | |
|---|---|
| Alumnol..... | 2 gr. 50 centigr. |
| Teinture d'iode..... | ãã 25 grammes. |
| Alcool rectifié..... | |

F. S. A. — Usage externe.

Ces injections sont pratiquées chaque jour après désinfection de la vulve et du vagin. Si l'orifice interne du col est fermé, on le dilate un peu avec les bougies d'Hégar. On injecte d'habitude 1 c. c. du liquide médicamenteux. Lorsque les trompes sont dilatées en forme de tumeurs, on peut introduire sans crainte jusqu'à 2 c. c. de la solution, attendu que dans ces cas les orifices utérins des trompes sont généralement oblitérés.

***

**52. — De la position élevée du bassin dans le traitement de l'urémie gravidique.** — M. A. Ley a observé, dans le service de M. le docteur Lambotte, médecin de l'hôpital de Schaerbeek, à Bruxelles, dont il est l'interne, une femme enceinte de huit mois et demi qui présentait des phénomènes d'urémie graves, tels qu'albuminerie intense, vomissements, céphalalgie et stupeur, faisant craindre une attaque d'éclampsie, mais qui se dissipèrent après que la malade eût été placée dans son lit les jambes plus élevées que la tête. Cette attitude fut obtenue en glissant simplement de gros blocs de bois sous le pied du lit.

M. Lambotte a eu l'idée d'avoir recours à ce moyen si simple et qui pourtant s'est montré si efficace dans le cas qui vient d'être relaté, en partant de l'hypothèse que bien des cas d'urémie chez les femmes enceintes doivent avoir une origine mécanique, c'est-à-dire que cette complication est due à des néphroptoses bilatérales avec torsion consécutive des vaisseaux rénaux et compression des uretères, lésions que notre confrère a effectivement constatées à l'autopsie d'une femme ayant succombé à l'éclampsie puerpérale.

(*La Sem. méd.*)

***

**53.— Métrorrhagies**

| | |
|---|---|
| Ergotine..... | 0 gr. 20 centigr. |
| Alcool..... | 2 grammes. |
| Eau de laurier cerise..... | 10 — |
| Eau distillée stérilisée..... | Q. S. |

pour faire 100 grammes de solution, pour injections hypodermiques.

Dans les vingt-quatre heures, le quart ou la moitié d'une seringue de 1 gramme.

***

**54. — Dangers de l'hystéropexie.** — Femme de 33 ans et ayant subi une hystéropexie, quatre ans auparavant. Accouchement long et nécessitant le forceps. Enfant vivant. A ce moment, il survient une hémorrhagie grave que rien ne peut arrêter. Von Guérard ouvre le ventre et détruit l'adhérence fibreuse résultant de l'hystéropexie. En ce point, l'opérateur constate une rupture utérine et un hématome sous-péritonéal. Il sutura l'utérus et la malade guérit.

Voilà un cas qui prouve qu'il faut éviter de faire l'hystéropexie aux femmes susceptibles de devenir enceintes.

(*Centralbl. für Gynecol.*, n° 2, 1896.)

---

# FORMULAIRE

*Traitement des brides cervico-vaginales par l'élongation et par les pansements à la glycérine résorcinée.*

(Jules Chéron.)

On rencontre assez souvent, chez des malades arrivées à l'époque de la ménopause, quelquefois aussi chez des femmes jeunes encore,

des brides cicatricielles cervico-vaginales. Ces brides sont surtout fréquentes entre la face postérieure du col et la région correspondante du vagin ; variables comme nombre et comme épaisseur, elles peuvent arriver, par leur confluence, à obturer presque complètement le cul-de-sac postérieur. On en trouve aussi qui réunissent les parties latérales du col aux côtés du vagin ; elles sont généralement moins épaisses et moins nombreuses. Les brides antérieures sont, de toutes, les moins fréquentes.

L'origine de ces brides semble être le plus souvent obstétricale et on comprend que les traumatismes obstétricaux puissent facilement leur donner naissance. La leucorrhée utérine et vaginale peut suffire à les produire, en dehors de tout traumatisme obstétrical ou autre.

Immobilisant le col de l'utérus et exerçant sur lui des tractions continues, ces brides occasionnent des douleurs et des réactions sur l'ensemble du système nerveux.

Le traitement le meilleur consiste à allonger ces brides par la traction de l'index et à en pratiquer le massage. Dans ce premier temps, il se produit toujours un peu d'arrachement et les brides saignent. Après avoir épongé et laissé en place, pendant quelques minutes, un tampon d'ouate hydrophile qui fait compression, on retire ce dernier, et on le remplace par un tampon d'ouate aseptique imbibée de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Résorcine pure..... | 10 grammes. |
| Glycérine neutre..... | 200 — |

On répète cette petite opération tous les quatre ou cinq jours jusqu'à la guérison complète, qui demande un temps très court.

*Directeur-Gérant*, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

.— Les tumeurs fibreuses au point de vue obstétrical.

Une question intéressante pour les gynécologistes était à 'ordre du jour de la *Société obstétricale de France*, dont la inquième session a été tenue, à Paris, du 22 au 24 avril der- ier, nous voulons parler de l'influence des tumeurs fibreuses ur la grossesse et sur l'accouchement. Rapporteur : M. Keiffer le Bruxelles). Ce sera le sujet de la présente Revue.

Une femme atteinte de tumeur fibreuse devient enceinte, à uels accidents est-elle exposée, pendant sa grossesse et pen- ant l'accouchement ?

Hémorrhagies plus ou moins graves, avortement, enclave- ıent de l'utérus, placenta prævia, positions vicieuses de enfant, dystocie par développement excessif des tumeurs, égénérescences diverses, compressions graves sur les organes elviens ou abdominaux, ascite, etc., et les risques de ces ivers accidents combinés à ceux qui accompagnent ordinaire- ıent la mort prématurée du fœtus... Telles sont, d'après . Keiffer, les complications possibles, en présence desquelles accoucheur se demande s'il n'est pas préférable, en principe, e pratiquer l'hystérectomie chaque fois qu'une grossesse volue dans un utérus fibromateux.

« Je ne pense pas, dit-il, que l'on puisse répondre à cette

question comme à celle de la grossesse extra-utérine. La te minaison favorable d'une grossesse extra-utérine est d'u extrême rareté, tandis que la grossesse avec fibromes évol parfois fort bien et n'est pas toujours soumise aux conditio d'une intervention. »

C'est, pour le remarquer en passant, la même différen qui existe en dehors de la grossesse, entre les kystes de l' vaire, toujours graves, qu'il faut opérer dès que le diagnos est posé, et les fibro-myomes, le plus souvent bénins quoiqu' dise, moins dangereux à conserver qu'à enlever. Mais rev nons au rapport de M. Keiffer :

« A moins de circonstances spéciales qui d'avance font p nostiquer l'impossibilité de la gestation ou de l'accoucheme l'expectation armée semble être la règle de conduite à conse ler.

« Le curettage de la matrice paraît à lui seul avoir enl aux fibromes utérins, compliqués de grossesse, la plus gran partie de leur gravité.

« La conduite à tenir, bien réglée aujourd'hui dans les de placenta prævia, fait également envisager la question s un jour moins sombre ; les manœuvres externes et inter de réduction de l'utérus sont devenues plus précises ; moyens d'extraction se sont également améliorés par l'emp du forceps approprié ; la symphyséotomie et l'ischio-pubio mie, de leur côté, trouvent une heureuse application p agrandir les diamètres altérés par un fibrome. »

Précisant ensuite les indications thérapeutiques, M. Kei insiste sur l'utilité du curettage contre les accidents de rét tion placentaire après l'avortement. « Si la rétention placent ordinaire, dit-il, est une indication du curettage, elle doit lier tous les chirurgiens lorsqu'il existe des tumeurs fibre de la paroi utérine. Pourquoi? Parce que l'endométrite chr que accompagne fréquemment les fibromes utérins ; pa qu'elle seule peut avoir été la cause de l'avortement ; pa que le curettage a une influence souvent des plus heureu

ır la tendance aux hémorrhagies (1) ; enfin, parce qu'il met utérus à l'abri d'une infection saprophytique ou microbienne, 'autant plus à craindre qu'on se trouve en présence de néo-asmes plus ou moins bien vascularisés, à tendance dégéné-tive, à résistance faible ou nulle. Les résultats pratiques ımédiats de cette conduite, dans tous les cas d'avortement ivis de rétention placentaire, seront l'absence de toute infec-on, la possibilité d'une participation régressive de tout l'uté-s (fibrome et tissu utérin normal) et la meilleure garantie ontre les hémorrhagies. »

Le repos et l'hydrastinine sont à conseiller dans les suinte-ents sanguins n'ayant pas entraîné la mort du fœtus. L'ac-ouchement prématuré vers 7 mois 1/2 ou 8 mois peut être diqué si la tumeur rétrécit nettement les diamètres du bas-n. Forceps ou version podalique suivant la présentation et ivant l'état de dilatation du col. Ablation des polypes s'ils emblent devoir être un obstacle à l'accouchement. Symphy-otomie ou pubiotomie si l'obstacle est au segment inférieur. Enfin l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes peut re indiquée, mais seulement dans les conditions suivantes :

1° Lorsque les tumeurs fibreuses sont déjà justiciables de tte extirpation, indépendamment de toute complication de rossesse ;

2° Lorsque la grossesse s'étant produite et arrêtée, les meurs occupent une situation qui rende tout accouchement ıpossible ;

3° Lorsqu'il y a de sérieuses présomptions de dégénérescence s tumeurs fibreuses ou de suppuration et d'infections consé-tives à une rétention placentaire ;

4° Enfin, après l'opération césarienne nécessitée par des meurs fibreuses.

1) Voir, sur les rapports de l'endométrite avec les hémorrhagies, en hors de la grossesse, chez les malades atteints de fibromes utérins : *s hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, l'endométrite, ıse de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage*, par le Dr Ba-ıud, in-8° de 134 p. avec fig. Paris, 1891, Steinheil, édit.

Cette manière de voir, très conservatrice, a été accept par les divers auteurs qui ont pris part à la discussion. Il e certain que les *fibromes développés dans le segment supérie de l'utérus*, avec les ressources thérapeutiques dont nous di posons actuellement, ne sont pas d'un pronostic grave pour mère, en cas de grossesse. Le danger est plus grand pour l *fibromes développés dans le segment inférieur* de l'utéru pris en bloc, car ce sont eux surtout qui peuvent être u cause sérieuse de dystocie. Néanmoins, les *fibromes de la po tion sus-vaginale* sont souvent susceptibles, comme on en rapporté des exemples dans la discussion dont nous parlon de s'élever au-dessus de l'aire du détroit supérieur et de la ser ainsi l'accouchement s'effectuer sans difficulté.

Pareil espoir n'est plus permis pour les *fibromes de la po tion vaginale du col* et c'est un point que M. Fieux (de B deaux) vient de mettre en relief, dans un travail (1) dont conclusions viennent compléter très heureusement l'intér sant rapport de M. Keiffer. Les voici :

« En résumé, dit M. Fieux, 17 grossesses compliquées fibromes du col. Les accouchements se sont terminés par :

Mort de la mère, 12 fois.

Mort de l'enfant, 9 fois (2 fois sort inconnu).

Nous voyons que si l'ascension n'est pas un fait rare da les fibromes prævias, même volumineux, nous insistons sur fait c'est qu'il s'agit alors de tumeurs limitées à la zone s vaginale.

Un coup d'œil jeté sur la liste que nous venons de produ nous confirme qu'il ne faut pas compter sur ce déplacem heureux lorsque la tumeur fait corps avec le museau tanche.

S'il est permis de garder l'expectative, l'expectative arm bien entendu, vis-à-vis des premiers, en face des redoutab accidents que peuvent occasionner les seconds, il semble légitime d'intervenir de bonne heure.

(1) Fieux : Fibrome et grossesse. *Bull. méd.*, 1897, n° 31.

Dès qu'une grossesse est compliquée de l'apparition d'un ibrome sur une des lèvres du col, si ce fibrome se développe ssez rapidement, l'accoucheur ne doit pas hésiter et en prati- uer l'énucléation de bonne heure, au quatrième mois par xemple.

Que risque-t-on ? L'avortement ? Mais si l'opération est pra- iquée suivant les règles de l'asepsie, sans grande effusion de ang, si l'on a eu soin de mettre au préalable la malade sous influence du laudanum et du viburnum, semblable accident 'est pas à craindre. En agissant ainsi, on compromet bien peu vie de la mère, et beaucoup moins la vie de l'enfant que ne feraient les manœuvres mutilatrices qui seraient probable- ent indispensables au terme de la grossesse.

La statistique de Mundé, qui porte sur 16 cas d'énucléation fibromes du col pendant la grossesse, donne les chiffres ivants :

Mères. Guérison : 14.
Enfants vivants à terme : 11.

Que l'on veuille bien mettre ces chiffres à côté de ceux qui sument le tableau précédent. La comparaison se passe de ut commentaire.

Ainsi donc, lorsque l'accoucheur pourra faire de bonne ure le diagnostic de fibrome prævia, il sera important, au int de vue du pronostic, de déterminer si la tumeur est sus- ginale ou sous-vaginale.

Car si dans le premier cas il peut et doit laisser aller les oses, dans le second il sera sage d'intervenir de bonne heure fera ainsi œuvre utile pour la mère et pour l'enfant. »

J. B.

# TECHNIQUE THERAPEUTIQUE

—

(16e *article, voir les nos précédents, à partir de janvier 1895.*)

## Du massage gynécologique. (*Suite*). (1).

### LE MASSAGE DANS LES ANTÉVERSIONS PATHOLOGIQUES, LES ANTÉFLEXIO LES LATÉROPOSITIONS, ET DANS L'INVERSION UTÉRINE.

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

—

Sommaire : Définition de l'*antéversion pathologique*. Technique de la mol sation en cas d'antéversion fixe. Nécessité de l'évacuation préalable la vessie.
Technique du déplissement de l'utérus en cas d'*antéflexion*. Utilité d'as cier au massage le drainage à l'aide d'un fort drain en crin de Flore dans certaines antéflexions congénitales.
Massage dans les *latéro-positions* par rétraction du ligament large; ass plissement et allongement du ligament rétracté. Nécessité d'un diagn tic précis.
Diverses méthodes de réductions de l'*inversion utérine*.

L'*antéversion* n'est *pathologique* que si l'utérus, dont le fo est normalement dirigé en avant, la vessie étant vide, est f dans cette position, ne pouvant plus exercer ses mouveme normaux et incapable, en particulier, de se renverser plus moins en arrière à mesure que la vessie se remplit. Le racco cissement des ligaments utéro-sacrés, des adhérences du co de l'utérus en avant et un état inflammatoire chronique de matrice sont les causes de cette absence de mobilité, avec situ tion stable du fond de l'organe de la gestation en avant.

Il en résulte que l'on doit combattre la paramétrite postérieu cause du raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, co battre la métrite chronique, détruire les adhérences antérieur pour rémédier à l'antéversion pathologique.

C'est pourquoi la columnisation du cul-de-sac postérieur si utile, comme moyen adjuvant du massage en pareil cas. Aya

(1) Voir, sur le massage gynécologique, les numéros d'avril, mai, juill décembre 1896, janvier et mars 1897.

déjà décrit, dans un précédent chapitre, cette columnisation, nous nous bornerons à donner, ici, la technique du massage.

La manœuvre à faire consiste à accrocher la face postérieure du col, avec deux doigts introduits dans le vagin et à attirer progressivement le col en haut et en avant ; de cette façon on allonge, on étire progressivement les ligaments utéro-sacrés. L'autre main, placée immédiatement en arrière du pubis, la face palmaire dirigée en haut, repousse peu à peu le fond de l'utérus en bas et en arrière, comme si on voulait faire une rétroversion artificielle. A mesure que les résistances cèdent, l'utérus se met, en effet, en rétroversion, allongé sur les doigts placés dans le vagin qui touchent une plus ou moins grande partie de sa face postérieure. Des mouvements circulaires sont alors exercés, pendant quelques minutes, avec la main externe, sur la face antérieure de l'utérus. On comprend que ce dernier massage ne peut être pratiqué que si la vessie a été vidée, au préalable, de son contenu.

La mobilisation d'un utérus en antéversion pathologique est facile si l'on ne se hâte pas trop à mettre l'utérus en rétroversion et si l'on consacre quelques séances à l'allongement des ligaments utéro-sacrés, à la libération du fond de l'utérus en avant. Si la bascule en arrière est péniblement supportée par la malade, c'est que le massage préparatoire n'a pas suffisamment allongé les plis de Douglas et les adhérences antérieures. Nous ne saurions trop insister sur ce point, que ce sont les ligaments utéro-sacrés qui résistent le plus ; quelques tractions progressives, quelques séances de plus de columnisation du cul-de-sac postérieur et la mobilisation de l'utérus se fera sans aucune difficulté.

La technique est la même pour l'*antéflexion* que pour l'antéversion pathologique, mais il faut exagérer encore le mouvement de bascule en arrière et appuyer sur le fond de l'utérus avec la paume de la main externe pour le déplisser complètement.

Le massage réussit facilement dans les antéversions fixes, et le résultat se maintient excellent, si l'on combat en même temps les lésions inflammatoires. Les résultats éloignés sont quelquefois moins satisfaisants dans certaines antéflexions congénitales

avec hypertrophie de la face postérieure de l'utérus ; l'angle d flexion se reproduit au bout de quelques mois, voire même a bout de quelques semaines. Dans ces conditions, nous consei lons d'associer au massage l'application d'un fort drain en cri de Florence qu'on laissera en place pendant un mois environ (Voir le chapitre consacré au *Drainage de la cavité utérine pa les voies naturelles.*)

Les *latéro-positions* et les *latéro-déviations* peuvent être ca sées par des tumeurs ovariques, par des kystes tubo-ovarien par des fibromes du ligament large, etc., qui repoussent l'utér du côté opposé au siège de la tumeur. On comprend que, dan ces cas, le traitement de l'affection causale est tout et que déviation utérine est négligeable.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et la déviation peut égal ment être due à une rétraction du ligament large dans sa tot lité (latéro-position du même côté que le ligament rétracté) ou sa base seulement (latéro-version) ; c'est un résidu de param trite puerpérale. Des brides utéro-vaginales d'un des culs-de-s latéraux peuvent également déterminer une latéro-version même que des brides péritonéales (résidus de pelvi-péritoni aiguë ou chronique) situées au niveau d'une des cornes utérine Schultze (loc. cit., p. 174) donne un exemple bien net de ce dernière variété de latéro-version qui s'accompagne d'un deg plus ou moins marqué de torsion du corps sur le col utérin.

Le traitement des brides vaginales sera exposé plus loin ; no ne parlerons ici que du traitement des déviations latérales p cicatrices pelviennes péritonéales ou paramétriques.

Le premier temps consiste à assouplir les tissus rétracté Deux doigts de la main gauche, s'il s'agit d'une latéro-déviati gauche, sont introduits dans le vagin, déprimant le cul-de-s latéral gauche, la pulpe tournée en haut. Ils soulèvent la régi correspondante et la main droite, placée au-dessus de l'ai ayant repoussé en haut les anses intestinales, ayant consta l'intégrité des annexes, fait des pressions circulaires sur le fo

de l'utérus et sur les tissus cicatriciels. La columnisation du cul-de-sac latéral aidera puissamment cette partie du traitement.

Pour allonger les adhérences et replacer l'utérus, ce qui ne doit se faire que très progressivement et sans occasionner de douleurs, on agira différemment suivant qu'il s'agit d'une latéro-position ou d'une latéro-version.

Supposons une latéro-position gauche. Deux doigts de la main gauche introduits dans le cul-de-sac latéral gauche et placés de façon que la pulpe des doigts regarde le col accrochent le museau de tanche et tendent à le porter vers la ligne médiane, c'est-à-dire à sa place normale. En même temps, la main externe, placée au-dessus du pubis et parallèlement à son bord supérieur, est recourbée de façon à saisir la corne gauche de l'utérus et à attirer le fond de l'organe vers la ligne médiane. La manœuvre est facile, si le temps d'assouplissement a été bien exécuté ; elle est, au contraire, impossible, si on l'essaie prématurément.

Sommes-nous en présence d'une latéro-version gauche ? La main externe fera le même travail que dans le cas précédent, mais les doigts de la main gauche seront placés : l'un, dans le cul-de-sac gauche ; l'autre, dans le cul-de-sac droit, la pulpe dirigée en avant, et soutiendront le col en le repoussant vers la gauche, de façon à aider la bascule du fond de l'utérus vers la ligne médiane.

Les latéro-flexions sont rares. On les traitera comme les latéro-versions en ajoutant quelques minutes de massage au niveau de l'angle de flexion.

La réduction de *l'inversion utérine* doit toujours être tentée, fût-elle très ancienne, puisqu'on connaît des inversions datant de quinze à trente ans qui ont pu être réduites et puisque la grossesse sans accidents a été constatée dans un certain nombre de cas d'inversions réduites.

Si le cas est récent, aucun traitement préparatoire n'est nécessaire ; si le cas est ancien, au contraire, le repos au lit et l'application de pansements glycéro-ichthyolés seront utiles pour diminuer, au préalable, le volume de l'utérus inverti.

Il sera toujours préférable de faire la réduction sous le chloroforme, qui facilite considérablement les manœuvres.

La réduction consiste à refouler le corps de l'utérus avec une main, tandis que l'autre main exerce une contre-pression de la partie supérieure de la cupule à travers la paroi abdominale. On comprend la nécessité de cette contre-presion pour éviter que l'utérus ne soit arraché de la voûte vaginale par les efforts de refoulement. La contre-pression peut aussi être remplacée ou aidée par des tractions en bas sur le col, soit à l'aide de lacets de soie large, comme l'a fait Freund, soit par l'intermédiaire de pinces à griffes.

Voici maintenant les divers procédés de refoulement :

1er *procédé* : *Refoulement central* ; La main, disposée en cône, agit sur le fond de l'organe et le repousse directement en haut, en retournant l'utérus en doigt de gant. Ce procédé permet l'emploi d'une assez grande force, puisque le bord de l'entonnoir d'inversion est facilement fixé par la contre-pression qui ne fait qu'aider au refoulement. Mais, en revanche, il nécessite des tissus bien extensibles, car, à un moment donné, il y a trois anneaux concentriques. Il est spécialement indiqué dans les inversions puerpérales récentes où il donne des succès rapides en raison de l'extensibilité du tissu utérin.

2e *procédé* : *Refoulement périphérique*. On saisit le corps de l'utérus en masse et on le repousse en haut sans le retourner sur lui-même ; le col reprend tout d'abord sa forme normale, puis c'est le fond qui est refoulé le dernier. Ici la contre-pression est plutôt gênante, puisqu'elle s'exerce sur les points qu'on refoule les premiers ; aussi est-ce surtout dans ce procédé qu'il y aurait avantage à remplacer la contre-pression abdominale par des tractions du col en bas, suivant le conseil de Freund. En revanche, ce procédé peut réussir avec des tissus extensibles, car il n'y a jamais que deux anneaux concentriques, dans cette manière de faire, alors qu'il y en a trois dans le premier procédé.

3e *procédé*. Schultze (loc. cit., p. 439) conseille, en cas d'échec des manœuvres précédentes, d'attirer l'utérus en inversion assez

bas pour produire l'inversion complète du col, ce qui permettrait d'employer le procédé du refoulement central, avec plus de chances de succès, puisque, grâce à cet artifice, on n'aurait plus que deux anneaux à faire passer l'un dans l'autre.

Ajoutons que, si des premières tentatives de réduction n'ont pas réussi, il n'y a pas lieu de prolonger trop les manœuvres, ni surtout de les recommencer hâtivement. On mettra le malade au repos, on fera une nouvelle série de pansements décongestionnants et il sera possible alors de réussir mieux que la première fois.

(*A suivre.*)

---

## La Bicyclette au point de vue de la femme,

Par le Dr Fauquez, médecin adjoint de Saint-Lazare.

(*Suite.*)

*Dysmémorrhée.* — La dysmemorrhée ou menstruation douloureuse est caractérisée par la lenteur et la difficulté avec lesquelles l'écoulement sanguin s'établit à chaque période menstruelle.

Les symptômes pénibles qui, chez les femmes même bien portantes, accompagnent le phénomène de la menstruation prennent, dans la dysménorrhée, un caractère beaucoup plus intense ; des douleurs paroxystiques, quelquefois intolérables, se montrent quelques heures ou même quelques jours avant l'apparition du flux menstruel. Celui-ci met, en général, un terme à ces souffrances, mais, quelquefois aussi, elles persistent pendant toute la durée de la période :

On a divisé la dysménorrhée en :

*Dysménorrhée nerveuse* ;
*Dysménorrhée congestive* ;
*Dysménorrhée mécanique* ;
*Dysménorrhée membraneuse.*

*La dysménorrhée nerveuse* s'observe chez les femmes à tempé-

rament nerveux, très sensibles, irritables, impressionnables, chez les hystériques confirmées.

Avant le début de la douleur, elles deviennent tristes et mélancoliques, elles s'irritent pour la moindre contrariété, puis les douleurs éclatent, principalement dans le petit bassin et dans l'utérus. Elles s'irradient dans la région sacro-lombaire, dans les régions ovariennes, dans les aines, sur le devant des cuisses. Elles s'accompagnent de battements de cœur, de maux de tête, de nausées, de vomissements. Les douleurs acquièrent une acuité de plus en plus grande, s'exaspèrent et deviennent presqu'intolérables, jusqu'à l'apparition de l'écoulement qui les fait disparaître.

*La dysménorrhée congestive* s'observe parfois chez les femmes d'un tempérament sanguin disposées aux congestions actives, plus souvent chez les anémiques et les chloro-anémiques que leur circulation pauvre et mal équilibrée expose à la congestion passive.

Les impressions morales ou physiques vives, l'action du froid et toutes choses qui modifient l'innervation vaso-motrice peuvent, en provoquant la congestion de l'appareil utéro-ovarien, créer un obstacle à l'écoulement menstruel.

Cet obstacle qui, lorsqu'il est complet, produit l'aménorrhée, peut simplement se borner à gêner, par suite du gonflement de la muqueuse du canal cervical, l'excrétion du sang des règles dont l'écoulement devient alors difficile et douloureux.

Dans ces deux cas de *dysménorrhée nerveuse* et de *dysménorrhée congestive*, la bicyclette doit être conseillée. Dans le premier, parce que, par l'activité qu'elle imprime au système musculaire et à la respiration, par son action sur la circulation sanguine qui se fait sentir jusque dans les centres nerveux, elle rétablit l'équilibre dans les fonctions de tout l'organisme et, en particulier, du système nerveux ; dans le second, parce que c'est un exercice essentiellement décongestionnant et qui produit la déplétion du système circulatoire de l'appareil utéro-ovarien et s'oppose au retour de la stase sanguine par son action sur les centres d'innervation vaso-motrice.

Dans la *dysménorrhée mécanique* constituée par l'existence d'un obstacle, tumeur fibreuse, antéflexion, rétroflexion, torsion de l'isthme, rétrécissement du canal cervical congénital ou acquis qui oblige l'utérus à se contracter violemment pour expulser le sang des règles à travers un orifice trop étroit, dans la *dysménorrhée membraneuse* caractérisée par l'expulsion, pendant la période menstruelle, d'un produit membraneux représentant exactement le moule de la cavité utérine ou divisé en lambeaux plus ou moins volumineux et qui paraît résulter d'une affection inflammatoire de l'utérus (Endométrite chronique hyperplasique), la bicyclette sera permise, car si, dans ces deux affections, en raison de leur nature et de leur pathogénie, l'exercice de la bicyclette ne semble pas avoir une indication déterminée, il ne peut en aucune façon les aggraver.

*Déviation des règles. — Menstruation supplémentaire.* La déviation des règles et la menstruation supplémentaire sont caractérisées par l'apparition périodique, chaque mois, d'un écoulement sanguin se produisant sur un point quelconque du corps.

Si cette hémorrhagie anormale se manifeste en l'absence de tout écoulement venant de l'utérus, elle constitue la déviation des règles. Si elle se produit en même temps qu'un flux insignifiant par la matrice, on a affaire à la menstruation supplémentaire.

Cet état morbide est toujours en rapport avec l'aménorrhée. Le mouvement fluxionnaire dont l'utérus est habituellement le siège tous les mois, étant supprimé ou ne se faisant qu'incomplètement, se porte sur un autre point de l'organisme.

Bien que cette affection soit compatible, dans quelques cas, avec une bonne santé, elle se rencontre plus particulièrement chez les femmes faibles, douées d'une sensibilité nerveuse excessive et surtout chez les hystériques. Elle peut être provoquée, pendant la période d'activité sexuelle, par une impression morale vive, par un choc physique, chute, coup, etc. C'est surtout à la puberté et à l'approche de la ménopause qu'on a constaté l'existence des troubles fonctionnels.

Cette affection étant évidemment due à des troubles de circulation dans l'appareil utéro-ovarien, comme l'aménorrhée, la dysménorrhée et la congestion utérine, elle sera favorablement modifiée par l'exercice de la bicyclette qui, en facilitant le rétablissement de la circulation normale des organes pelviens, tendra à ramener vers l'utérus le mouvement fluxionnaire, d'ou résulte l'écoulement des règles.

*Menstruation excessive. — Ménorrhagies — Métrorrhagies.* — Elles consistent dans l'exagération, soit en quantité, soit en durée de l'écoulement menstruel.

Les ménorrhagies et les métrorrhagies sont, en général, symptomatiques soit d'une maladie générale, soit d'une maladie locale de l'appareil utéro-ovarien, telles que la congestion utérine à forme hémorrhagique (l'hémorrhagie, dans ce cas, est due à la pression exagérée du système circulatoire de l'appareil utéro-ovarien, causée par des troubles vaso-moteurs), la métrite chronique, l'endométrite, lorsque les altérations de la muqueuse déterminent le ramollissement du tissu et la production de fongosités utérines, les tumeurs fibreuses interstitielles ou sous-muqueuses, les polypes, les môles charnues ou hydatiformes, le cancer, les inflammations péri-utérines, les déviations utérines, etc...

En dehors de la métrorrhagie liée à la congestion utérine, en dehors de certains cas de tumeurs fibreuses, dont il sera question plus loin, l'exercice de la bicyclette doit être proscrit dans toutes les autres formes de métrorrhagies.

*Changements de situation.* — L'utérus, étant un organe mobile dans le bassin, est susceptible de subir de nombreux changements de situation sous l'influence de causes diverses.

Ces changements sont transitoires et, en quelque sorte, physiologiques, quand ils résultent, soit de l'augmentation de la pression abdominale due aux efforts d'inspiration ou à la contraction des muscles des parois abdominales, soit du poids exercé par la vessie distendue par l'urine ou par le rectum où se trouvent accumulées des matières fécales.

L'utérus reprend sa situation normale dès que la pression abdominale s'abaisse et que la vessie et le rectum se vident. Ils sont pathologiques quand ils persistent, c'est-à-dire quand ils sont provoqués : 1° par le poids anormal de l'utérus résultant de l'augmentation de volume que lui fait subir la métrite, surtout celle qui succède à l'arrêt de régression après l'accouchement, la congestion utérine chronique,les tumeurs de toutes sortes ; 2° par les pressions exercées par des tumeurs situées en dehors de l'utérus ; 3° par le relâchement et la perte de tonicité des ligaments dus à l'augmentation du poids de l'utérus, à la reprise prématurée de la marche après l'accouchement et à la mollesse des tissus chez les personnes d'une constitution faible et délicate.

Les changements de situation qu'on observe le plus souvent sont : 1° *Les abaissements* qui comprennent l'abaissement proprement dit, dans lequel le col de l'utérus vient s'appuyer sur le plancher périnéal ; la descente ou procidence, état dans lequel le col arrive à l'orifice vulvaire qu'il entr'ouvre sans le franchir ; la chute ou prolapsus caractérisé par l'issue hors de la vulve du col et même du corps de l'utérus ;

2° *Les déviations de l'utérus* en entier, suivant son axe vertical, dans lesquelles le corps de l'utérus est porté en avant ou en arrière ; *antéversion* ou *retroversion* ; 3° Les incurvations de l'organe sur lui-même, au niveau de la jonction du corps et du col, de telle sorte que ceux-ci forment entre eux un angle plus ou moins ouvert. Elles constituent les flexions du corps de l'utérus, en avant *antéflexion* ou en arrière *rétroflexion.*

Il existe aussi des *latéro-version* et des *latéro-flexions* combinées, en général, avec les anté ou rétroflexions. Dans aucun cas de déplacement de l'utérus, l'exercice modéré de la bicyclette ne peut avoir de mauvaise influence, quels que soient le poids de l'utérus et le relâchement des ligaments ; l'immobilité absolue et obligatoire du bassin, l'absence de chocs et de trépidations,grâce aux pneumatiques, mettant les femmes atteintes de déviations utérines ou d'abaissement à l'abri de toute aggravation dans leur état. Bien plus, je suis convaincu que l'action tonique qui,

par suite de cette gymnastique, s'exerce sur tous les muscles du corps, s'étend jusque sur les fibres musculaires des ligaments et les renforce, surtout chez les personnes faibles de constitution et à tissus mous. Dans ces conditions, l'exercice de la bicyclette serait plutôt favorable, de même que dans les cas où l'arrêt de régression et l'augmentation du volume dû à la congestion auraient été les causes provocatrices de la déviation utérine.

Il y a donc avantage à permettre et même souvent à prescrire la bicyclette aux femmes atteintes de déplacements ou de déviations utérines.

*Affections caractérisées par des lésions inflammatoires de l'utérus et de ses annexes et des tissus en connexion avec eux.* C'est dans cette catégorie de maladies que se trouvent les véritables contre-indications à l'exercice de la bicyclette.

Parmi ces affections, nous trouvons :

Les *métrites* ou inflammations de l'utérus.

Elles se divisent en *métrite aiguë* et *métrite chronique.*

*La métrite aiguë* est un état inflammatoire grave de l'utérus, en général consécutif à l'accouchement ou à l'avortement ; quelquefois dû à des traumatismes ou à l'introduction dans la cavité utérine d'instruments insuffisamment aseptiques.

Comme elle provoque des symptômes très douloureux, de la fièvre, des frissons et rend absolument obligatoire le séjour au lit, il ne peut être question, dans cet état, de bicyclette.

*La métrite chronique* est caractérisée par l'inflammation chronique de l'utérus, se bornant quelquefois au parenchyme, mais attaquant, le plus généralement, muqueuse et parenchyme. Elle succède rarement à la métrite aiguë. Elle a pour principale cause l'arrêt de régression de l'utérus après l'accouchement. Elle se développe lentement et quand les lésions sont récentes et, par conséquent, peu profondes, elle ne donne lieu qu'à des douleurs très supportables. Dans cette situation, si la leucorrhée qui accompagne les lésions de la muqueuse intra-utérine n'est pas trop abondante, si les sensations de pesanteur dans le petit bassin ne sont pas trop accentuées et si la malade ne se plaint pas

trop de douleurs dans la région des reins, avec irradiations sur les côtés du ventre, dans les aines, sur le devant des cuisses ; si l'examen du col dénote de la congestion utérine, phénomène qui accompagne habituellement la première période ou période d'infiltration de la métrite chronique, on pourra sans inconvénient permettre l'usage, mais très modéré, de la bicyclette, en quelque sorte à l'état d'essai, avec recommandation expresse de cesser si les symptômes douloureux et si la leucorrhée augmentaient le moindrement sous l'influence de cet exercice.

Il est indispensable que la malade qui présenterait les symptômes décrits plus haut se soumette à un examen médical avant de se livrer au sport vélocipédique.

En dehors de ces cas, toutes les autres affections inflammatoires de l'appareil utéro-ovarien contre-indiquent, à mon avis, l'exercice de la bicyclette ; ce sont :

1° *La métrite douloureuse chronique* caractérisée par des douleurs extrêmement vives dans la région lombaire et dans la région lombo-sacrée, des sensations de pesanteur dans le bas-ventre et des douleurs au niveau de l'utérus, tellement violentes que la malade est réduite à l'impotence et obligée de garder le lit. Ces symptômes s'accompagnent souvent de la sensation d'un corps volumineux qui tendrait à sortir de la vulve, de troubles de la miction et de ténesme vésical.

2° *L'endométrite hémorrhagique* caractérisée par des pertes de sang très abondantes, au moment et même en dehors des époques menstruelles. Elle résulte de l'inflammation avec état fongueux de la muqueuse intra-utérine.

3° *L'endométrite purulente* ou *muco-purulente*, forme grave de l'endométrite par sa facilité de propagation aux trompes et aux ovaires.

4° *La leucorrhée* qui résulte d'une exagération de la sécrétion utérine en rapport avec l'inflammation de la muqueuse intra-utérine.

On pourra cependant faire une exception en faveur de la leucorrhée quand, chez les jeunes filles surtout, elle se trouve en

rapport avec l'anémie ou la chloro-anémie. Dans ces cas particuliers, la suractivité imprimée aux fonctions de l'organisme par l'exercice de la bicyclette, l'oxygénation plus abondante du sang, l'augmentation de l'appétit, l'assimilation plus complète des aliments, le relèvement de la nutrition qui en résultent, ne peuvent que modifier favorablement l'état général du sujet.

5° Les *inflammations des annexes*, *les salpingites*, *les ovarites*, *les salpingo-ovarites* soit catharrhales, soit purulentes, aiguës ou chroniques, qui sont des causes majeures de contre-indication absolue.

Pendant la période aiguë, en raison des douleurs qui siègent dans le bas-ventre, au niveau des annexes, avec irradiations vers les cuisses, de l'exaspération de ces douleurs, causée par le plus léger mouvement et du mauvais état général de la malade, il ne peut être question du moindre exercice. Et même, quand la période aiguë a disparu, à moins d'une guérison absolue avec retour complet à l'état normal, terminaison possible, mais extrêmement rare de la salpingite, il serait imprudent de permettre l'exercice de la bicyclette ; car la malade reste exposée aux poussées de pelvi-péritonite et il peut suffire d'une simple fatigue pour que les symptômes reçoivent un coup de fouet et que son état s'aggrave subitement.

6° *Les périmétrites*, *les cellulites pelviennes*, *les abcès pelviens* comportent la même abstention et la plus grande prudence, même après la guérison.

7° *Les polypes muqueux* et *hypertrophies folliculaires* du col, qui sont des lésions de la muqueuse et qui donnent lieu à des pertes de sang souvent très abondantes.

*Les hématocèles pelviennes* imposent des contre-indications absolues. Du reste, de même que pour les salpingites, les salpingo-ovarites et les inflammations pelviennes, l'état de la malade ne lui permettrait pas un exercice, même très modéré, de la bicyclette.

Les douleurs dans le petit bassin, les sensations de pesanteurs du côté du rectum et de la vessie, les névralgies dans les membres inférieurs, la fièvre et les troubles gastriques rendent la marche impossible, même pendant des mois. Les accidents

les plus graves (inflammations, suppurations, péritonite) pourraient être la conséquence du moindre effort et de la moindre fatigue.

*Les kystes de l'ovaire* ne se manifestent au début que par des troubles vagues dus aux congestions et aux tiraillements des annexes. Tant qu'ils sont petits, en quelque sorte latents, ils passent, en général, inaperçus. Mais quand ils sont devenus assez volumineux pour se révéler par des troubles sérieux de l'état général, par l'augmentation de volume du ventre, par la sensation d'une tumeur facilement palpable à travers les parois abdominales, il faut immédiatement conseiller l'opération qui s'impose dans cette affection plus que dans aucune autre et, jusqu'à ce moment, éviter toute fatigue qui exposerait à des accidents sérieux, inflammation, suppuration, rupture du kyste, torsion du pédicule, qui aggraveraient singulièrement l'état de la malade. Donc, à aucun prix, la bicyclette ne sera permise dès que l'on aura le plus léger doute sur l'existence d'un kyste de l'ovaire.

*Tumeurs fibreuses.* Dans les cas de corps fibreux, il n'y a, à mon avis, de contre-indication à l'exercice de la bicyclette que pendant la période hémorrhagique. Mais, lorsque celle-ci fait défaut ou lorsqu'elle est terminée, soit à la suite du traitement, soit par l'établissement de la ménopause, je ne vois aucune raison de ne pas permettre la bicyclette. J'ai observé, dans plusieurs cas soumis à mon observation, que cet exercice avait eu la plus heureuse influence sur le relèvement de l'état général des malades affaiblies par une période souvent très longue d'hémorrhagies et sur la diminution de la tumeur.

Il y aurait pourtant contre-indication, dans les cas où l'irritation causée par la tumeur aurait provoqué une inflammation dans les tissus péri-utérins et dans les cas où l'endométrite qui accompagne fréquemment les corps fibreux se serait propagée aux trompes (endo-salpingite).

Dans ces cas-là, l'avis du médecin, après examen, est de toute nécessité.

Il est inutile, je pense, de signaler, comme contre-indication à l'usage de la bicyclette, la *vaginite et la vulvite.* Cela coule de source.

Ces maladies imposent l'abstention de la façon la plus absolue. Et même, après guérison, il faudra, dans les premiers temps, ne se livrer qu'avec la plus grande réserve à cet exercice, de crainte de voir se réveiller, sous l'influence de la fatigue et de l'irritation produite par le contact de la selle, les phénomènes aigres, les écoulements et les douleurs.

*Puberté et ménopause.* — En dehors des maladies que je viens de passer en revue, il existe, chez les femmes, un certain nombre de troubles en rapport avec l'époque de la puberté et avec celle de la ménopause.

Dans le premier cas, ces troubles sont caractérisés par des retards dans l'établissement de la menstruation, ainsi qu'on en voit souvent chez des jeunes filles qui ne voient apparaître leurs premières règles qu'à l'âge de 17, 18, 20 ans et même plus, et qui, fréquemment, ne sont réglées qu'après leur mariage.

Le retard apporté à l'établissement de ce phénomène physiologique dépend souvent de l'absence de développement de l'utérus et des ovaires, du manque de vitalité du sujet, de son mauvais état général, de l'anémie, de la chloro-anémie.

L'activité imprimée à la circulation sanguine, à la nutrition, en un mot, à toutes les fonctions de l'organisme par l'exercice de la bicyclette, doit avoir le meilleur résultat sur la régularisation d'une fonction si importante dans la vie de la femme.

Les troubles qui accompagnent la cessation de la menstruation sont, en général, représentés par des phénomènes congestifs du côté de l'utérus et de ses annexes, du foie, du poumon, du cerveau et par des perturbations du système nerveux qui provoquent diverses formes d'irritabilité nerveuse.

On voit se développer, du côté du système nerveux, une série de perturbations physiques et morales, tantôt légères, tantôt graves. Les femmes deviennent tristes et mélancoliques ; elles ont des névralgies, des palpitations cardiaques, des migraines,

des bouffées de chaleur, des troubles digestifs et même des altérations de l'état mental.

L'effet décongestionnant produit sur l'appareil utéro-ovarien par l'usage de la bicyclette, l'action calmante sur le système nerveux qui résulte de l'exercice au grand air, de la légère fatigue qu'il cause, de la distraction que procure la promenade, sont des motifs suffisants pour que l'exercice de la bicyclette soit, non seulement permis, mais encore recommandé aux femmes qui entrent dans la période de l'âge critique.

*Stérilité.* — Le sexe féminin a encore à souffrir d'une anomalie soit organique, soit fonctionnelle, des organes génitaux, qui se manifeste par l'inaptitude à la conception, qui cause le désespoir de beaucoup de jeunes femmes et prive les ménages de bien des enchantements.

Les causes de la stérilité sont très variées. Elles résultent soit de vices de conformation siégeant sur un quelconque des organes de la génération, soit de changements de situation de l'utérus particulièrement des flexions qui constituent un obstacle mécanique à la fécondation, soit des altérations apportées à la texture des organes qui composent l'appareil utéro-ovarien, utérus, trompe et ovaires, par les maladies inflammatoires telles que les métrites, les salpingites, les salpingo-ovarites, soit à la dégénérescence kystique des ovaires, soit encore à des obstructions dues à des inflammations, à des tumeurs, à des polypes.

A l'exception des cas ou elle reconnaît pour cause les déplacements de l'utérus, les métrites, quelques salpingites guérissables, les polypes implantés dans le col de l'utérus, la stérilité est incurable, les causes qui l'ont amenée étant incurables elles-mêmes ou guérissables seulement par l'hystérectomie ou l'ovariotomie.

Mais en dehors de ces causes, il existe une stérilité qui, sans vices de conformation, sans lésions d'aucune sorte, dépend d'un manque de développement de l'appareil utéro-ovarien, d'un défaut de vitalité, chez les femmes à état général faible, d'une altération fonctionnelle des ovaires, en rapport avec une menstruation

anormale, supprimée, difficile ou irrégulière. Dans ces cas, l'usage de la bicyclette constitue un exercice gymnastique des plus favorables à l'accroissement de la vitalité chez les femmes stériles. Par son action sur la circulation, il imprime une suractivité très grande à la nutrition et donne un véritable coup de fouet au développement imparfait des organes génitaux.

On a cité et je connais, pour ma part, un certain nombre d'observations de femmes stériles, sans lésions ni vices de conformation apparents, mais douées d'un état général faible, qui ont vu cet état général s'améliorer considérablement et sont devenues mères après l'usage de la bicyclette.

### *Embonpoint exagéré. — Obésité.*

Avant de terminer cette revue des indications et contre-indications à l'usage de la bicyclette, il est bon de dire quelques mots de son action dans l'embonpoint exagéré.

L'embonpoint exagéré qui, poussé à ses extrêmes limites, constitue l'obésité est dû à une surabondance du tissu graisseux qui envahit tous les organes du corps. Cette surabondance de graisse qui, comme l'enseigne le Professeur Bouchard, a pour cause un ralentissement de la nutrition, est le résultat soit de l'élaboration insuffisante de la graisse alimentaire, soit du défaut d'oxydation des matières grasses. Mais ce n'est pas ici le lieu d'étudier la pathogénie et l'étiologie de l'obésité. C'est la question du traitement qui importe.

Le traitement en usage dans l'obésité comporte un régime alimentaire sévère. Peu manger, peu boire, supprimer le beurre, les corps gras, les féculents, le sucre, les fruits sucrés, l'alcool, la bière, le champagne.

On administre les purgatifs fréquents, l'iodure de potassium, l'iode et on conseille les cures d'eaux minérales à Brides, Châtel-Guyon, Carlsbad, Marienbad, etc.

On recommande, en outre, aux obèses les exercices à pied, à cheval, la gymnastique et l'hydrothérapie. Peu de sommeil.

Le régime alimentaire est, en général, très imparfaitement

suivi par les obèses pour lesquels il constitue une véritable privation.

Les cures par les eaux minérales ont souvent l'inconvénient de fatiguer les malades, quelquefois de dépasser le but. Elles ne sont, du reste, pas à la portée de tout le monde.

On a préconisé, dans ces derniers temps, contre l'obésité, la thyroïdine (extrait de la glande thyroïde des animaux) à laquelle on a attribué la propriété de faire disparaître la surabondance graisseuse. Mais on ne sait pas encore exactement comment agit cette substance dans l'organisme. C'est un médicament très cher et dont les effets ne sont pas constants.

De plus, je sais que des malades ont été obligés d'en suspendre l'usage à cause de troubles divers dans les fonctions digestives et du côté du système nerveux.

L'exercice musculaire a une importance capitale dans le traitement de l'obésité, car, en produisant la combustion des graisses, il facilite l'élimination de la matière grasse emmagasinée dans l'organisme. Il comprend : l'équitation, la marche, la gymnastique, le tout suivi de pratiques hydrothérapiques.

C'est l'élément du traitement qui semble le plus facile à réaliser. Mais l'exercice à cheval n'est pas permis à tout le monde. La marche n'est pas, pour beaucoup de femmes, chose très séduisante et la gymnastique a l'inconvénient d'être pratiquée dans des lieux clos, dans des salles, vastes il est vrai, mais dans lesquelles la masse d'air en circulation est limitée, tandis que le grand air, l'air vif qui met en contact avec la surface pulmonaire une plus grande quantité d'oxygène permet une combustion plus complète et plus rapide des matières grasses.

L'obèse trouve, dans la bicyclette, un exercice au grand air, à la portée de tous, facile, amusant, qui la distrait et la passionne et lui fait exécuter une gymnastique mettant en mouvement tout le système musculaire, activant les fonctions de la peau et la respiration et réalisant les meilleures conditions d'oxygénation du sang et de combustion des graisses, surtout si l'on a le soin de se livrer à cet exercice à jeun ou, tout au moins, après la digestion complètement achevée. Il faut ajouter que, grâce à cet

exercice que les malades pratiquent volontiers régulièrement, en raison du plaisir qu'elles y trouvent, les sévérités du régime alimentaire peuvent être moins rigoureuses.

Je ne crois pas qu'il existe un autre exercice produisant, pour une somme de fatigue aussi faible, des sueurs aussi abondantes et aussi faciles et, par conséquent, une élimination aussi active.

L'hydrothérapie administrée sous forme de douches froides générales ou même de simples tubs après chaque promenade est le complément indiqué de l'exercice de la bicyclette.

*Conclusions* :

En résumé, chez la femme, l'exercice de la bicyclette doit être conseillé :

Dans les cas d'intégrité absolue des organes génitaux, *aux anémiques*, *aux chloro-anémiques*, *aux dyspeptiques*, *aux neurasthéniques*, *aux stériles* et *aux obèses*; aux jeunes filles dont l'établissement de la menstruation ne se fait pas normalement et aux femmes qui ont à souffrir des troubles de la ménopause.

Dans les cas de maladies de l'appareil utéro-ovarien, on doit le conseiller aux femmes atteintes : 1° *de congestion utérine* ; 2° *d'aménorrhée ou suppression de la menstruation*, en rapport avec un arrêt de développement des ovaires et de l'utérus, avec l'anémie, la chloro-anémie, les troubles digestifs, la neurasthénie et les maladies chroniques ; avec des troubles résultant de chocs physiques ou moraux, refroidissements, chutes, coups, impressions vives, frayeur, douleur ; 3° *de dysménorrhée* en rapport avec des troubles nerveux ; 4° *de dysménorrhée congestive* due à toute cause susceptible de congestionner l'appareil utéro-ovarien, choc physique, choc moral ; 5° de *déviation des règles* ou *menstruation supplémentaire* ; 6° *de tumeurs fibreuses*, quand la période hémorrhagique est terminée.

On doit le permettre :

1° Dans les cas de *dysménorrhée mécanique* due à un obstacle à l'écoulement du sang, soit congénital, soit acquis, et de *dysménorrhée membraneuse* ; 2° dans les *changements de situation* de

l'utérus, *abaissement*, *déviations*, *flexions* ; 3° dans la *métrite chronique* en rapport avec l'arrêt de régression de l'utérus, après l'accouchement ou l'avortement, non douloureuse et en voie de guérison, mais avec *modération* ; 4° dans la *leucorrhée*, chez les anémiques et les chloro-anémiques et chez les femmes à état général faible.

On doit le proscrire absolument :

1° Dans l'*aménorrhée* en rapport avec la phtisie pulmonaire, les affections cancéreuses, le diabète, les maladies organiques du cœur, les maladies des reins, l'albumine ; 2° dans les cas de *métrorrhagies* ou *menstruation excessive* ; 3° dans les cas *d'inflammations de l'utérus et de ses annexes* : *métrite aiguë*, *métrite douloureuse chronique*, *endométrite hémorrhagique*, *endométrite purulente*, *leucorrhée* en rapport avec l'état inflammatoire de la muqueuse intra-utérine, *inflammations des annexes*, *salpingite*, *ovarite*, *salpingo-ovarite*, *périmétrite*, *cellulite pelvienne*, *abcès pelviens* ; 4° dans les cas d'*hématocèle pelvienne*, de *tumeurs fibreuses* pendant la période hémorrhagique ; 5° dans les cas de vulvite et de vaginite avant la guérison complète.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE.

*Séance du 9 mars 1897.*

Ablation d'un fibro-sarcome remplissant le bassin. — M. Péan présente une malade à laquelle il a enlevé par la voie pubio-périnéo-vagino-sacrée, et par le procédé du morcellement, un fibro-sarcome de la région ischio-pubienne remplissant le bassin.

---

De l'épingle de sureté pour remplacer la ligature du cordon. — M. Porak fait un rapport sur un travail de M. Barallier (de Jeugny) tendant à remplacer la ligature du cordon ombilical par l'épingle de sûreté. Ce procédé peut rendre quelques services, mais ne présente, en réalité, aucun avantage sérieux sur quelques-uns des nombreux moyens conseillés pour la ligature du cordon.

---

Grossesse extra-utérine, fœtus retenu trois mois. Ablation totale du kyste fœtal ; hystérectomie abdominale ; guérison. — M. Routier communique l'observation d'une femme de trente ans, qui avait, il y a dix ans, accouché normalement. Le 10 janvier 1896, elle eut ses règles pour la dernière fois ; quatre mois et demi après, elle sentait remuer et rien ne pouvait faire soupçonner une grossesse anormale. Le 8 novembre 1896, elle eut des vomissements violents. Le 12 novembre, les douleurs de l'accouchement commencèrent, mais l'utérus fut trouvé vide ; on diagnostiqua une grossesse extra-utérine avec fœtus mort. Après une quinzaine de jours la malade, rétablie, conservait seulement une tumeur abdominale.

Les symptômes étaient ceux d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit. M. Routier enleva le kyste fœtal en entier, il pesait 5275 grammes ; la grossesse était développée dans les annexes droites retournées en arrière, variété tubo-ovarienne sous-péritonéale. Après l'extirpation, l'utérus qui adhérait au kyste se montre saignant comme une éponge par toute sa face postérieure. On fut conduit ainsi à faire l'hystérectomie abdominale totale comme un moyen hémostatique et à fendre longuement la paroi postérieure du vagin laissé ouvert pour drainer convenablement le petit bassin.

L'opération fut compliquée par l'ouverture accidentelle de la vessie qui fut suturée immédiatement et la section de l'uretère, qui fut d'ailleurs sans dommage, car l'urèthre comprimé par le kyste fœtal avait dû s'oblitérer et le rein ne sécrétait probablement plus. Les suites opératoires furent donc simples, quoique la convalescence ait été troublée par l'expulsion de lombrics par la bouche.

M. Routier met en garde les chirurgiens contre les difficultés de l'extirpation totale de ces kystes fœtaux : quand on attaque une grossesse ectopique de plus de cinq mois, il est bon de se contenter de l'ouverture du kyste, de l'ablation du fœtus et du drainage de la poche, comme l'a conseillé M. Pinard, en laissant surtout le placenta en place si l'enfant est encore vivant.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du* 10 *mars* 1897.

### TRAITEMENT DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

M. Ricard. Le procédé que j'emploie dans la fistule vésico-vaginale a été déjà publié au Congrès de chirurgie, aussi ne vais-je relever que quelques points de détail. Le premier temps, que je considère comme des plus importants, est l'abaissement de la fistule à la vulve. Il sera plus ou moins complet suivant la souplesse des tissus. Il suffit de vouloir l'abaisser pour y réussir. C'est sans valve qu'il faut pratiquer cet abaissement, en fixant les parties latérales avec deux pouces. L'avivement est le second temps ; il consiste à rendre mobiles et flottantes les lèvres de la fistule : ce n'est pas tant la forme des lambeaux que leur mobilisation large. A droite et à gauche j'incise la muqueuse, puis je dédouble en haut et en bas de façon à former deux lèvres flottantes. Au fond sont les bords de la fistule vésicale, uniquement vésicale.

Je ne m'occupe pas de la fistule elle-même. Je prends les lèvres disséquées, puis ce sont elles que je serre, que je suture. Elles forment une occlusion suffisante et complète. La suture sera faite avec fils d'argent, plus volontiers gros, et je les tords d'un nombre égal de tours, de façon à les enlever facilement. Ces fils restent au plus 8 à 10 jours. A ce moment, si le vagin a été réellement aseptisé, on trouve une suture sèche, analogue à une suture de la peau. Peut-être toutes les fistules ne seront-elles pas justiciables de ce procédé, mais dans le plus grand nombre de cas, il sera avantageusement applicable.

M. Lucas-Championnière. Il y a beaucoup de l'habitude du chirurgien dans le procédé choisi pour opérer la fistule vésico-vaginale. Il faut savoir que les tissus ne réagissent pas chez tous les malades de même manière. Il y a une question de sujet fort importante. Il arrive chez certaines que même après cicatrisation et longtemps après, une nouvelle fistule se fait par la destruction de la cicatrice. Dans un cas, j'ai vu en un point une petite concrétion qui avait été l'origine de ce nouvel orifice.

Chez une autre, la fermeture d'une fistule vésico-vaginale était

suivie de la production d'une telle quantité de calculs qu'il fallait ouvrir de nouveau et reconstituer la fistule.

J'ai eu l'occasion de voir opérer Pawlick (de Vienne) qui abaisse la fistule d'une façon étonnante. Il y a à Vienne beaucoup de fistules vésico-vaginales, c'est que les accouchées sont beaucoup moins secourues qu'à Paris ou en France par des médecins habiles et instruits.

M. Berger. — L'indication de découvrir largement les lèvres de la fistule, d'abaisser complètement la fistule est évidemment nécessaire, mais il ne me semble pas qu'elle puisse, dans la majorité des cas, être remplie.

M. Quénu. — La nécessité de mobiliser me paraît inéluctable ; mais, à l'inverse de M. Ricard, je suture la lèvre vésicale en laissant mon fil en dehors du contact de l'urine.

Je crois que le choix de la substance du fil n'est que secondaire. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'enlever le tissu fibreux qui forme un véritable bloc et empêche d'abaisser et de réunir les lambeaux pour occlure la suture.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

CINQUIÈME SESSION TENUE DU 22 AU 24 AVRIL 1897.

### *Séance du 22 avril (matin).*

#### DE L'AVORTEMENT HABITUEL.

M. Charpentier, de Paris, rapporteur. Sous le titre d'avortement habituel, je ne veux pas étudier ces faits si connus de répétition de l'avortement dans les cas de syphilis, d'intoxication par le plomb, par le tabac, etc. Ces faits aujourd'hui sont classiques.

Ceux dont je veux parler sont de toute autre nature ; ils sont peu connus, ou du moins mal étudiés.

Les malades auxquelles je fais allusion sont des femmes chez lesquelles l'avortement se fait sans cause connue, sans traumatisme, sans maladie apparente. On ne trouve rien dans les antécédents chez la malade qui puisse faire redouter l'avortement.

De ces femmes, les unes sont fortes, vigoureuses, les autres faibles et délicates ; mais toutes présentent cette particularité que la grossesse s'interrompt à un moment donné et fatalement, quel que soit le traitement institué.

De ces femmes, les unes avortent régulièrement dans les 4 derniers mois de leur grossesse, sans pouvoir dépasser ce terme. Les autres, au contraire, après avoir eu une série d'avortements, finissent par accoucher à terme ou peu avant le terme, d'un enfant viable qu'on parvient à élever, quoique avec peine.

Or, quand on examine ces femmes, on ne découvre aucune tare sérieuse dans leur santé (je fais abstraction des femmes atteintes d'affections du cœur qui, vous le savez, ont une notable tendance à l'avortement) et les lésions que l'on trouve sont parfois si peu notables que l'on se demande si elles sont la cause des avortements à répétition.

On peut ranger cependant dans quatre catégories ces femmes présentant des avortements habituels :

1° Malformations utérines ;
2° Déviations utérines ;
3° Congestions actives de la matrice et en particulier du col ;
4° Lésions du col ou du corps de l'utérus.

1° *Malformations utérines.* — Chez quelques femmes, l'utérus peut avoir conservé des caractères de l'utérus infantile. Le corps est plus petit, le col plus développé que chez la femme normale. Chez elles, le tissu utérin se laisse peu ramollir et distendre au delà d'un certain degré.

Dès le début de la grossesse, les troubles sympathiques sont très marqués. Ces femmes ont des contractions utérines fréquentes et répétées ; et de 2 mois 1/2 à 3 mois 1/2 on voit presque fatalement se produire l'avortement.

Ces cas sont rares, car les malformations utérines sont souvent un obstacle à la fécondation même. Mais ces cas existent.

2° *Déviations utérines.* — Les déviations, rétrodéviations ou rétroversions et antéversions ne m'ont pas semblé avoir d'importance. Il en est de même du prolapsus utérin.

Au point de vue de l'avortement, il me semble que les flexions jouent un rôle plus considérable que les déviations vraies. Il suffit souvent de redresser l'utérus et la grossesse continue son terme sans accidents.

Il n'en est pas de même de l'antéflexion et surtout de la rétroflexion.

Au niveau du point de la flexion, il se produit un épaississe-

ment du tissu utérin, une sorte d'éperon qui gêne considérablement le développement de la grossesse ; et, quoique l'œuf se développe exclusivement dans le corps utérin, l'épaississement au niveau de la jonction du col et du corps empêche le ramollissement du col, amenant souvent l'interruption de la grossesse.

On voit, dans ces conditions, les avortements se répéter chez la même femme vers 3 mois, ou 3 mois et demi, et sans que nous puissions rien faire pour les empêcher.

3° *Congestion du col et du corps de l'utérus.* — Il y a des femmes de nature très congestive ; chez elles, les règles sont très abondantes. Quand ces femmes deviennent enceintes, il n'est pas rare de les voir perdre un peu de sang au moment correspondant aux époques, au moins pendant les deux derniers mois de la grossesse. A ce moment, elles ont des douleurs de reins et du ventre.

Chez certaines femmes atteintes d'hémorroïdes, ces hémorroïdes gonflent et se tuméfient. C'est à ce moment qu'on les voit souvent faire une fausse couche qui se répète souvent dans les grossesses suivantes.

Les femmes pléthoriques rentrent dans cette catégorie.

Les émissions sanguines sont, en effet, le meilleur moyen d'empêcher la fausse couche. Jacquemier a bien signalé ces états.

Mais je fais rarement la saignée générale. Je me borne d'habitude à quelques ventouses scarifiées sur les reins, et j'ai réussi ainsi à mener à bien une grossesse qui avait été précédée chez ces femmes de deux ou trois fausses couches.

4° *Enfin les lésions du col et les lésions du corps.* — Quand il sagit d'un néoplasme, d'une tumeur fibreuse, d'affections sarcomateuses, l'avortement est d'autant moins fréquent que les lésions sont moins graves.

La métrite prédispose particulièrement à l'avortement (Schœder, Spiegelberg).

Les femmes avortent parce que l'organe est malade ; quand la métrite a été traitée, les femmes conduisent à terme leur grossesse. C'est ici le triomphe du curettage, qui est souvent promptement suivi d'une grossesse normale.

Mais, quand dans l'avortement habituel on trouve des lésions du col, que faire ? Doit-on faire un traitement palliatif ou un traitement opératoire ?

On peut, dans ces cas, faire des opérations assez larges (cauté-

risation, etc.) sans interrompre la grossesse ; au contraire, on peut de la sorte, en guérissant les lésions du col, permettre à la grossesse d'aller à terme.

Enfin, quelquefois on voit des femmes qui avortent régulièrement à chaque grossesse sans que rien dans leur santé générale permette d'appliquer ces fausses couches.

J'en ai observé un cas intéressant chez une femme bien portante, qui a eu 7 grossesses. L'avortement s'est produit toujours entre 3 mois et demi et 4 mois et demi, sans cause connue, débutant par la rupture des membranes.

En terminant ce court rapport, je n'ai pas la prétention d'avoir traité la question. J'ai simplement voulu la soulever, faisant appel à vous tous et espérant qu'en réunissant des observations de plus en plus nombreuses nous pourrons arriver à reconnaître la cause de ces avortements habituels et à pouvoir les supprimer en leur appliquant un traitement rationnel.

---

RELATION D'UN CAS D'UTÉRUS DOUBLE. CINQ GROSSESSES.

M. Pruvost, de Raismes. — Mme X... est âgée de 25 ans, maigre et nerveuse, elle jouit d'une santé apparemment bonne. Elle fut mère pour la première fois en décembre 1889 : son accouchement s'effectua à terme, mais fut pénible, et dut être terminé par une application de forceps.

Deux mois après ce premier accouchement, Mme X... me consulta pour des douleurs abdominales. Je reconnus l'existence d'une métrite, mais constatai également une anomalie de la matrice, consistant en un col bilobé avec une ouverture au sommet de chacun des lobes. Par le palper abdominal, aucune indication n'était obtenue.

*Deuxième grossesse.* — Les règles ne revinrent pas, et c'est avec des signes manifestes d'une nouvelle grossesse, remontant environ à 6 mois, que la malade se plaignit de rechef, en octobre 1890, d'une leucorrhée parfois sanguinolente qui n'avait pas cessé depuis son accouchement.

Contrairement à ce qui avait existé, paraît-il, lors de la première grossesse, le ventre était plus saillant à gauche qu'à droite : le flanc droit, comparé au flanc gauche proéminent, paraissait

presque vide. En suivant la tumeur utérine sur le côté droit, on percevait la notion, assez vague du reste, qu'il existait de ce côté un épaississement de la paroi de l'organe, mais toutefois sans relief bien net.

Par le toucher, le col était saillant, un peu tendu par la tête fœtale ; il présentait à son sommet, mais un peu à droite, un orifice arrondi, presque complètement fermé comme un col de multipare. Le doigt, en parcourant la partie postérieure du vagin, sentait un petit repli arciforme, à gauche duquel se trouvait l'orifice sus-indiqué ; mais à droite le cul-de-sac s'accentuait, et enfin le doigt atteignait un autre orifice linéaire, situé en arrière du premier et qui était le second orifice, si clairement manifeste lors de l'examen pendant l'état de vacuité. L'examen au spéculum montrait un col à deux ouvertures dont l'une laissait échapper un muco-pus assez abondant.

Ce diagnostic fut pleinement confirmé quelques mois plus tard, époque à laquelle je présidai à l'accouchement. Le travail commença le 4 décembre 1890 dans la matinée par un écoulement de liquide presque insignifiant qui fut suivi de quelques coliques. Mme X... n'étant arrivée qu'au commencement du huitième mois de sa grossesse, le repos au lit et quelques lavements laudanisés lui furent prescrits. Le travail cessa presque complètement au bout de quelques jours, pour reprendre définitivement 12 jours après.

A ce moment, le toucher fait reconnaître la présence de la tête dans l'excavation où elle est fortement engagée ; le segment inférieur de l'œuf est intact et coiffé par le col aminci, dont on sent l'orifice, tendu et entr'ouvert, de la dimension d'une pièce d'un franc.

Le toucher ne permet pas de percevoir le second orifice du globe utérin, qui est fortement incliné à gauche.

A chaque douleur, une petite tumeur ovoïde à grand axe oblique de haut en bas et de droite à gauche, se durcit et se tend comme le reste de l'utérus.

Le travail marche régulièrement et vite, l'enfant est expulsé en moins de deux heures, suivi à peu de distance du placenta et des membranes intactes.

Le soir, l'accouchée se plaint de coliques. La main appliquée sur le ventre permet de constater que ces contractions doulou-

reuses ne passent pas dans l'utérus qui était le siège de la gestation, mais bien dans cette partie, le second utérus, qui pendant le travail formait une petite tumeur également appréciable à la vue et au palper. Le toucher fait alors constater nettement la présence de deux cols : celui de gauche, encore volumineux, mais en partie refermé ; celui de droite largement dilalé et renfermant un bouchon de consistance mollasse qui est poussé à travers son ouverture à chaque contraction. Des injections vaginales fréquemment répétées amènent la sortie de lambeaux membraniformes, spongieux, presque exsangues, de 6 à 7 millimètres d'épaisseur. L'expulsion de ces lambeaux dura 4 à 5 jours et jamais la température ne dépassa 37°.

Trois semaines après l'accouchement, le toucher permet de reconnaître les deux cols, dont l'un, celui de gauche, où avait eu lieu la grossesse, paraît normal, tandis que l'autre est dilaté, ulcéré et douloureux. La cloison qui sépare les deux cols se prolonge sur le vagin en avant et en arrière ; on croirait sentir deux petits ligaments, l'un antérieur, l'autre postérieur, fixant les cols à la paroi vaginale.

*Troisième grossesse.* — Cinq semaines après l'accouchement, la malade avait encore de la leucorrhée et des douleurs dans le bas-ventre avec irradiation vers la partie interne des cuisses. Le spéculum permet alors de découvrir les deux cols atteints de métrite à un degré différent. Tous deux sont de coloration violacée et sont le siège de sécrétions muco-purulentes. A l'aide de quelques cautérisations et d'injections détersives, la métrite double alla sans cesse en s'améliorant et une nouvelle grossesse, la troisième, survint en octobre 1891. Celle-ci fut pénible, traversée de plusieurs menaces d'avortement ; à huit mois, c'est-à-dire en juin 1892, le travail se déclara et si rapidement que je ne pus assister ni à l'accouchement, ni à la délivrance, qui s'effectuèrent en même temps.

Pendant les six jours qui suivirent, l'accouchée se plaignit encore, comme précédemment, de violentes coliques dues aux contractions de l'utérus gauche que l'on voyait nettement se dessiner à travers la paroi adbominale et qui rendait, à son tour, des lambeaux de muqueuse considérablement hypertrophiée. Les suites de couches furent très simples.

L'enfant, chétif, mourut à 3 semaines de broncho-pneumonie.

Il y eut dans la suite une légère recrudescence de la métrite qui, cependant, finit par s'améliorer notablement et laissa la malade dans un état aussi satisfaisant que possible.

*Quatrième grossesse.* — Une quatrième grossesse fut menée à terme au début de juin 1893 et j'observai les mêmes particularités qui avaient accompagné les autres accouchements. Mais la caduque de l'utérus droit, qui n'avait pas été le siège de la gestation, fut expulsée après 48 heures en totalité, et non par lambeaux, en conservant la forme de l'utérus.

*Cinquième grossesse.* — La cinquième et dernière grossesse prit fin le 1er octobre 1894. Le travail avait duré 48 heures.

Fidèle à l'alternance des grossesses précédentes, l'utérus droit était gravide, et c'est la cavité gauche qui expulsa cette fois, deux jours après l'accouchement, un produit membraniforme du volume d'une petite poire et de forme à peu près triangulaire, dont l'examen microscopique fit reconnaître les éléments de la muqueuse utérine, tomateuse, mamelonnée et transformée en une véritable caduque.

### BASSIN RACHITIQUE ET SYMPHYSÉOTOMIE

M. Pruvost, de Raismes.— Le 5 janvier 1892, à 2 heures du matin, je fus appelé par une sage-femme auprès de la femme C..., qui était en travail depuis 24 heures.

Il s'agissait d'une présentation de la tête au détroit supérieur ; la dilatation était complète, mais à la saillie de l'angle sacro-vertébral je reconnus facilement que je me trouvais en présence d'un rétrécissement du bassin (9 centimètres). Je pratiquai néanmoins une application de forceps, mais sans résultat; j'attendis un moment et je renouvelai ma tentative sans plus de succès. J'appelai alors en consultation mon confrère M. Deschamps.

L'enfant étant encore vivant, nous décidâmes de faire la symphyséotomie.

La femme étant placée dans la position dorso-sacrée, après avoir rasé le pubis et pris toutes les précautions antiseptiques, je fis une incision d'environ 8 centimètres aboutissant au clitoris et exactement sur la ligne sterno-clitoridienne. Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire, je séparai les muscles droits.

L'index de la main gauche introduit alors dans la cavité prévésicale reconnut la symphyse et servit de guide au bistouri bou-

tonné, tout en protégeant la vessie. Le ligament supérieur étant coupé, le bistouri pénétra dans le fibro-cartilage interosseux et l'écartement commença. Pour la section du ligament inférieur, j'introduisis l'index en crochet sous la symphyse, afin de protéger l'urètre ; l'écartement produit après cette section fut d'environ 5 centimètres.

Nous arrêtâmes alors, par le tamponnement, une hémorragie due à la déchirure des veines du plexus de Santorini et nous fîmes un pansement provisoire que je maintins avec la main pendant que mon confrère faisait l'application de forceps qui fut des plus simples.

L'enfant, qui était dans un état de mort apparente, fut bientôt ranimé.

L'accouchement terminé, nous fîmes trois sutures profondes au catgut et quelques sutures superficielles au crin de Florence ; un pansement antiseptique fut appliqué.

Les suites furent des plus simples, les fils furent enlevés le 7e jour, la réunion était parfaite. Le 15e jour, la femme fut débarrassée de son appareil contentif et je lui permis de remuer un peu dans son lit.

Le 25e jour elle se leva et, un peu à la fois, put vaquer à ses occupations.

Elle n'éprouvait qu'un peu de gêne pour se baisser et s'asseoir sur le sol. Deux mois et demi après l'accouchement, ces petits inconvénients avaient disparu et la femme se trouvait aussi alerte qu'autrefois.

Au toucher, on sent sous la symphyse une légère encoche due à l'absence du ligament inférieur, mais la soudure de la symphyse est complète.

La femme C.. avait eu, paraît-il, deux ans auparavant, un premier accouchement très laborieux qui s'est terminé par une application de forceps très pénible ; l'enfant, quoique petit, était mort et avait la tête considérablement déformée.

En octobre 1894 cette femme, de nouveau enceinte, vint me consulter, me fit part de ses appréhensions et me supplia de la faire accoucher avant terme.

Je la priai de venir me voir au commencement du 7e mois. A cette époque je reconnus l'existence d'une grossesse gémellaire

et persuadai ma cliente qu'il était préférable de laisser la grossesse suivre son cours.

Elle accoucha naturellement, à 8 mois 1/2, de deux garçons, petits, mais aujourd'hui bien portants.

M. Budin. Je voudrais demander à M. Pruvost quel a été le degré exact du rétrécissement du bassin dans son cas? D'autre part, il serait intéressant de savoir quel a été le volume de la tête des enfants jumeaux dont l'accouchement a été spontané?

M. Pruvost. Le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 10 cent. 5. Lors du premier accouchement, on avait dû faire une application de forceps très pénible. Quant aux enfants jumeaux, leur volume était petit.

M. Budin. S'il survenait une quatrième grossesse chez cette femme, quelle ligne de conduite suivrait M. Pruvost?

M. Pruvost. Dans ce cas, j'attendrais très probablement le terme normal de la grossesse en surveillant la femme.

M. Sebillotte. Y avait-il une grande disproportion entre les diamètres du bassin et la tête fœtale, pour indiquer la symphyséotomie?

M. Pruvost. J'avais été appelé près de la parturiente, d'urgence. Une première application de forceps resta sans effet. Je me décidai alors pour la section du pubis.

M. Guéniot. Le diamètre utile, dans le cas de M. Pruvost, était de 9 centimètres. C'est là à peu près la dimension du diamètre bipariétal d'une tête fœtale à terme. Une tête fœtale à terme peut donc passer à la rigueur, grâce à la réduction qu'elle subit, dans un bassin de 9 centimètres. Mais il vaut mieux, avec un bassin de 9 centimètres, faire l'accouchement prématuré artificiel à 8 mois 1/2. C'est préférable à la symphyséotomie.

M. Budin. Quelles étaient les dimensions des parties latérales dans le bassin de M. Pruvost? La forme du détroit supérieur a une grande importance pour le choix du traitement.

M. Pruvost. Il y avait un simple aplatissement du bassin.

### CAS D'UTÉRUS DOUBLE.

M. Patay, de Rennes, rappelle qu'il a observé un cas intéressant d'utérus double. La femme ne fut observée que pendant le travail. A ce moment, la sage-femme trouve que la paturiente n'est pas en travail; l'interne, au contraire, trouve une dilatation comme

5 francs. Cette discordance était due à ce que chacun d'eux avait passé dans un vagin différent.

Il existait, en effet, 2 vagins et 2 cols. Il y avait, de plus, 2 utérus séparés par une cloison. L'utérus droit avait 2 centimètres de long ; le gauche 8 centimètres.

Ces mensurations ont été prises après l'accouchement. Dans cet utérus double, il y eut donc une grossesse unique ; et l'accouchement évolua très normalement.

PRÉSENTATION DU SIÈGE. SYNDROME PÉRITONEAL.
VERSION CÉPHALIQUE. GUÉRISON.

M. Lop, de Marseille. — Il s'agit d'une Xpare qui, au moment où je la vis, était dans un état de faiblesse extrême. Depuis 15 jours elle a des vomissements incoercibles. En plus de cet état gastrique intense, la malade accuse une vive douleur dans l'hypocondre et peut supporter à peine le contact de la chemise.

*État actuel.* — Visage amaigri, traits tirés, yeux excavés, en un mot, le facies péritonéal. Langue sèche, soif intense, voix cassée, constipation opiniâtre.

La palpation de l'abdomen est des plus pénibles à cause des douleurs intenses qu'elle provoque. J'arrive, néanmoins, à porter le diagnostic de présentation du siège (dos en avant).

La tête répond à l'hypocondre droit. A son niveau existe une zone plus douloureuse qu'en aucun autre point de l'abdomen.

En insistant tant soit peu pour trouver la limite exacte de la tête, je provoque des vomissements.

Le toucher confirme le diagnostic de S. I. D. A. Enfant vivant; la grossesse est à son huitième mois.

Les urines sont rares, hautes en couleur, non albumineuses. Apyrexie — plutôt de l'hypothermie, 35°6. — Pouls petit, fréquent, 140. L'examen du cœur et du poumon est absolument négatif.

En présence d'un état aussi grave, j'établis un traitement d'attente qui consiste en eau chloroformée saturée, champagne glacé et lait également glacé.

Sous l'influence de ce traitement, les vomissements s'arrêtent ou, pour mieux dire, s'espacent. Les douleurs sont un peu moins vives, sauf toujours au point où correspond la tête. Le 7 mars se passe relativement plus calme ; une piqûre de morphine a amené

une sédation plus marquée dans les douleurs. Quantité des urines : 500 grammes. Toujours pas d'albumine. Le 8 et le 9, état stationnaire ; les vomissements sont plus rares, mais les douleurs persistent toujours ; la langue est moins rouge, mais toujours sèche ; 37° matin et soir. Dans la nuit du 9 au 10, les douleurs et les vomissements reprennent avec une intensité nouvelle et le lendemain, en arrivant, je trouve la malade dans le même état que le premier jour. Devant la gravité d'une pareille situation, je propose à la famille la provocation de l'accouchement, qui est acceptée. Je pensais que c'était là le seul moyen de mettre un terme à cet état si menaçant.

Au préalable, je résolus de tenter la version céphalique pour ramener la tête en bas, pendant que si ma tentative était couronnée de succès, je faciliterais sensiblement l'accouchement et diminuerais d'autant la perte des forces de la malade par un travail plus prompt.

Je me mis alors à l'œuvre. Les parois abdominales étant assez souples et la malade plongée dans une demi-torpeur qu'expliquait la gravité de son état, j'arrivai assez facilement, après deux tentatives, à amener la tête au-dessus du détroit supérieur. Je me hâtai alors de la fixer. Mon intention était de revenir le soir à 5 heures pour provoquer le travail.

Effectivement, j'arrivai à l'heure promise, mais quel ne fut pas mon étonnement de trouver ma malade complètement transformée ; depuis midi les vomissements avaient disparu comme par enchantement. Le point de l'hypocondre droit où reposait jadis la tête n'était plus aussi sensible et la palpation en était des plus faciles. Par le toucher, je pus m'assurer de la présence de la tête au détroit supérieur.

En présence de cette amélioration subite, je résolus de surseoir à mon intervention. A partir du 10 au soir jusqu'au 6 de ce mois d'avril, jour de l'accouchement qui s'est fait par le sommet, l'état est allé en s'améliorant chaque soir, à tel point que le 15 la malade mangeait un potage et une côtelette.

L'explication de ce syndrome péritonéal est assez malaisée à donner ; il ne me déplairait cependant pas de l'interpréter de la façon suivante :

La présence de la tête au niveau de l'hypocondre droit, siège de maximum des phénomènes douloureux, suffit, à notre avis,

pour expliquer les symptômes péritonéaux ; la rapidité avec laquelle la version céphalique les a fait disparaître en est une preuve des plus évidentes. Au point correspondant au pôle céphalique fœtal, l'utérus, probablement aminci, modifié dans sa structure par des grossesses aussi nombreuses que suivies, était devenu plus irritable sous l'influence des mouvements du fœtus. Cette irritation de l'organe se serait transmise soit par voie réflexe, soit par propagation au péritoine viscéral, et expliquerait ainsi l'apparition de ce syndrome péritonéal cédant, comme par enchantement, à la version avec fixation du fœtus.

M. Grunfeld, de Montpellier. — M. Lop vient de nous parler de syndrome péritonéal chez sa malade et il a fait néanmoins une version externe. Cela me semble profondément imprudent.

D'ailleurs, je ne pense pas que, dans le cas de M. Lop, il se soit agi d'une véritable péritonite. Il a eu sans doute affaire à cette douleur vive qu'on observe si souvent dans la présentation du siège au niveau du point où appuie la tête fœtale.

M. Budin. Je suis de l'avis de M. Grunfeld. Dans la présentation du siège, le point où appuie la tête fœtale est très douloureux souvent. Est-ce cette douleur que M. Lop décrit sous le nom de syndrome péritonéal ?

J'ai vu moi-même un médecin appliquer un vésicatoire sur ce point douloureux — dont nous parlons — croyant à l'existence d'une pleurésie diaphragmatique !

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ ; RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN, CHEZ UNE FEMME IPARE SCOLIO-RACHITIQUE, MESURANT 1 M. 36 ET PRÉSENTANT DE L'ATROPHIE DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT A LA SUITE DE PARALYSIE INFANTILE.

M. Stieber, de Toulouse. — Il s'agit d'une femme de 22 ans qui, à l'âge de 1 an, eut des convulsions graves, laissant à leur suite une paralysie du membre inférieur droit. Elle marche avec des béquilles depuis l'âge de 3 ans.

Cette femme mesure 1 m. 36. La cage thoracique est déformée, la hanche gauche est effacée, la droite saillante. Il existe une scoliose gauche.

Le bassin est en antéversion ; la symphyse est déviée sur un côté et le détroit supérieur présente le type oblique ovalaire.

Le membre inférieur droit paralysé est en adduction. L'utérus est dévié à droite et en antéversion.

La femme est enceinte de 7 mois.

Le promontoire est accessible et dévié à droite. Le diamètre promonto-pubien minimum mesure 7 centimètres et demi. Il y a, de plus, un aplatissement notable de la moitié latérale gauche du bassin.

M. Stieber fait chez cette femme l'accouchement prématuré provoqué. L'enfant, né en état de mort apparente, est ranimé. Il pèse 1860 grammes et mesure 44 centimètres. La tête est asymétrique, aplatie à droite, très ossifiée. Il y a un long sillon ecchymotique sur la région fronto-pariétale.

L'enfant meurt au bout de quelques semaines de débilité congénitale.

MORT RAPIDE EN 24 HEURES, MOINS DE DEUX JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT, PAR SUITE D'UNE MÉNINGITE INFECTIEUSE A PNEUMOCOQUES, SANS SYMPTOMES PRÉMONITOIRES.

M. Crouzat, de Toulouse. — Le cas que nous allons vous communiquer nous a vivement frappé ; en 20 ans d'études obstétricales, c'est le premier de ce genre que nous ayons constaté. L'observation en a été recueillie par M. Poux, mon chef de clinique. La voici :

Mme C..., XIIpare, ayant un peu moins de 40 ans, ménagère, accouche le dimanche 7 mars, à 11 h. 50 du soir, d'une petite fille pesant 2990 grammes.

L'accouchement, pas plus que la grossesse, n'a présenté aucune particularité. L'urine, examiné au début du travail, était exempte d'albumine.

Cette femme, qui a été réglée pour la première fois à 15 ans, a toujours eu une menstruation régulière, et des 11 grossesses qu'elle a eues antérieurement, 8 se sont terminées à terme et 3 avant terme, du 2e au 3e mois, sans qu'il soit possible de déterminer la cause exacte de ces avortements. Comme antécédents pathologiques, on ne relève qu'une pleurésie qu'elle aurait eue à l'âge de 30 ans.

Cette femme, entrée à la clinique le samedi soir à 10 heures, veille de son accouchement, n'avait présenté ni fièvre, ni rien qui eût attiré l'attention sur elle.

Le lundi matin, en faisant la visite, M. Crouzat la trouva assise

sur son lit, très calme et reposée au point qu'elle ne paraissait point accouchée de la veille. M. Crouzat causa avec elle, l'interrogea sur sa vie génitale, puis il dit aux étudiants et aux élèves sages-femmes : « Vous le voyez, il s'agit d'un cas absolument banal ; le seul point à noter est que cette femme a eu son premier enfant à 25 ans, par conséquent elle a eu 12 grossesses, dont 8 à terme, en 15 ans, cela explique l'état de maigreur où elle se trouve et un certain degré de misère physiologique. » Puis il passa, estimant qu'il avait épuisé tout ce qu'il y avait d'intéressant à dire au sujet de cette accouchée.

Cependant, après la visite, et à plusieurs reprises, elle se plaignit à ses compagnes de souffrir de la tête. Elle déjeuna et but une certaine quantité de vin rouge que les femmes de la salle ont estimée à un demi-litre.

Dans l'après-midi elle causa longuement avec ses voisines de lit, fit téter son enfant, le replaça dans son berceau et presque aussitôt, sans cri initial, sans attaque violente, après quelques mouvements convulsifs peu étendus, elle tomba dans un coma absolu. Elle fut prise de vomissements abondants. Il était 3 heures.

L'urine, examinée peu après, donna un peu d'albumine.

Nous voyons la malade vers 5 heures du soir, et voici les symptômes que nous constatons :

La femme, plongée dans un coma profond, est placée dans le decubitus en chien de fusil qu'elle reprend dès qu'on le lui fait quitter, en étendant un membre quelconque. La respiration est pénible et bruyante.

La tête est renversée en arrière ; il y a un peu de raideur de la nuque, les pupilles sont dilatées et inégales, peu sensibles à la lumière : la femme mâchonne continuellement, mordant ses lèvres et sa langue qu'elle tire hors de la bouche, et portant ses commissures labiales, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Les membres supérieurs présentent un certain degré de contracture ; ils sont rapprochés du corps, les avant-bras légèrement fléchis sur les bras et en pronation, les doigts de la main fermés sur le pouce.

Du côté des membres inférieurs la sensibilité paraît diminuée du côté gauche, alors que sur le reste du corps il semble plutôt y avoir de l'hyperesthésie. Température 39°1 ; le pouls bat 120 pulsations, mais est irrégulier.

La femme a des vomissements, mais pas de constipation : pas d'albumine dans l'urine à ce moment.

Vu l'état de la malade et le début subit de son affection, nous discutons le diagnostic d'hémorragie méningée ou de méningite tuberculeuse, à marche latente, jusqu'à l'apparition du coma.

Comme traitement, nous prescrivons un purgatif drastique, des inhalations d'oxygène et l'application permanente de glace sur la tête, des injections de caféine et d'éther.

Le mardi 9 mars au matin, on met au courant de ce qui s'est passé M. Crouzat, qui est très surpris d'un début si soudain sans que rien n'ai pu faire prévoir ; étant donnée la forme brusque des convulsions ayant débuté sans fièvre, sans aucun symptôme et après l'ingestion d'une certaine quantité d'aliments et de vin, se basant sur la légère quantité d'albumine que l'on trouve dans l'urine, il croit à des attaques éclamptiques aggravées de complication du côté des méninges, probablement un épanchement sanguin. Il estime que la femme est perdue.

En plus des symptômes relevés la veille, nous observons une inégalité pupillaire plus marquée et une déviation bien nette des globes oculaires du côté gauche. La tache méningitique, de Trousseau, apparait nettement.

La femme pousse par moment de petits gémissements qui ne ressemblent pas toutefois aux cris hydrencéphaliques. La température est tombée à 38°5. Le pouls est beaucoup plus lent que la veille, 66 à 67, et très irrégulier.

La respiration est toujours fréquente ; un râle trachéal agonique apparait déjà, masquant absolument les bruits du cœur. L'urine, chauffée et acidifiée, donne un précipité, qui, une fois déposé, ne ressemble nullement au précipité donné d'habitude par l'albumine. Nous maintenons notre diagnostic de méningite tuberculeuse.

Un médecin des hôpitaux, qui a vu la malade, pense à une hémorragie méningée ou à la présence d'une collection purulente.

Traitement : glace sur la tête, sérum artificiel, 1 litre en injection sous-cutanée, ventouses sèches sur le thorax.

L'état de la malade décline rapidement et le soir, vers 5 heures, la terminaison fatale se produit.

*Autopsie* (faite en présence de M. Crouzat). — A l'ouverture du

corps, rien de particulier ne nous frappe. L'utérus est normal, bien rétracté, en état de régression régulière.

Des adhérences, assez nombreuses, existent au niveau de la plèvre gauche, et rendent difficile l'extraction du poumon. Ce poumon offre un aspect anormal ; il est congestionné, beaucoup plus petit que le droit, mais il crépite, ne présente en aucun endroit ni noyau de congestion, ni caverne, et il surnage dans son ensemble.

Le poumon droit est normal, présentant seulement de l'anthracose à un haut degré.

Le cœur est gros, mais normal.

Le foie est gros également, dégénéré.

Les reins sont normaux.

Mais la partie vraiment intéressante de cette autopsie est l'examen du cerveau. Une fois la boîte crânienne ouverte, ce qui attire l'attention à première vue, c'est la congestion des vaisseaux de la dure-mère, qui forment de véritables arborisations à la surface. Puis, quand on incise la dure-mère, on s'aperçoit que celle-ci présente quelques adhérences à la membrane sous-jacente, surtout du côté droit. Ces adhérences détruites et la dure-mère soulevée, *on ne trouve pas d'hémorragie*, mais, en revanche, des traînées de pus le long de *tous* les vaisseaux qui rampent à côté des circonvolutions cérébrales, au-dessous de la pie-mère. Ce pus affecte une couleur jaunâtre. A la base du cerveau, existe également du pus en traînées minces, soit au niveau du cervelet, soit surtout au niveau de la protubérance annulaire. *On ne trouve nulle part de tubercule* le long des vaisseaux. La coupe du cerveau ne décèle rien de nouveau ; la substance cérébrale est un peu diffluente, mais en aucun endroit (ventricules, couches optiques, corps striés), on ne trouve d'hémorragie.

Avec les précautions usuelles, nous avons fait recueillir de ce pus et nous avons prié notre collègue et ami, M. le professeur agrégé Rispal, d'en faire l'examen microscopique et bactériologique. Voici la note qu'il nous a communiquée :

*Examen bactériologique du pus recueilli à l'autopsie.* — Le pus, recueilli en pipette stérilisée, examiné sur lamelles colorées au violet de gentiane phéniqué, contenait des diplocoques lancéolés, entourés d'une capsule, c'est-à-dire présentant les caractères du pneumonoque de Talamon-Frænkel. Ces microbes ne se décoloraient pas par la méthode de Gram.

Une goutte de pus, ensemencée dans des tubes de bouillon et de gélose, a donné des cultures pures du même micro-organisme.

Enfin, l'inoculation sous-cutanée chez une souris et un lapin a amené, en 48 heures, la mort de ces animaux par septicémie, car leurs organes ont également fourni une culture pure de pneumocoques.

Le pus examiné contenait donc le *pneumocoque* de Talamon-Frænkel, à l'exclusion de tout autre micro-organisme.

En résumé, voilà une femme qui, pendant sa grossesse, n'a présenté *aucun symptôme pathologique* (l'enquête que nous avons faite nous-même à ce sujet est très nette), qui accouche pour la douzième fois sans rien à noter, dont les suites de couches avaient un caractère absolument physiologique ; brusquement elle tombe dans le coma et, 24 heures après, elle avait succombé.

Ajoutons que l'état sanitaire du service est excellent et qu'il n'y a jamais eu d'infection à pneumocoques depuis qu'il est ouvert. Faut-il incriminer la literie ? On nous assure que les matelas nous sont renvoyés seulement après avoir passé à l'étuve.

M. Keiffer, de Bruxelles. — Si j'ai bien compris, il s'agit, dans le cas de M. Crouzat d'une encéphalite suppurée ayant coïncidé avec un accouchement. A quel moment a existé la pneumonie ?

M. Crouzat. Il n'y a pas eu de pneumonie. L'encéphalite ne s'est révélée ni pendant la grossesse, ni pendant l'accouchement. La malade n'a eu qu'une pleurésie plusieurs années avant cet accouchement.

M. Grunfeld, de Montpellier. — Dans le cas de M. Crouzat, il s'agit de la présence du pus dans les gaines lymphatiques périvasculaires du cerveau. A-t-on recherché le pus dans le reste du système lymphatique ? Il ne me semble pas qu'on doive rapprocher cette encéphalite de la pleurésie ancienne qu'a présentée cette malade.

M. Crouzat. On n'a pas pu faire l'examen du canal thoracique.

M. Keiffer. Cette observation de M. Crouzat montre que toute maladie inflammatoire ancienne ou récente peut être réveillée par la grossesse et l'accouchement. Dans cet état physiologique particulier, la diffusion des toxines et des microbes dans l'organisme se fait avec une grande intensité.

M. Demelin. Il y a 1 an nous avons rapporté l'observation d'une femme de la clinique de la rue d'Assas, chez laquelle la mort subite survint 12 heures après un accouchement normal.

A l'autopsie on trouva une pleurésie diaphragmatique tuberculeuse qui ne s'était pas révélée auparavant.

M. Guéniot. Je ne crois pas qu'il faille incriminer la pleurésie dans le cas de M. Crouzat. Cette pleurésie, en effet, remontait à plusieurs années; et pendant ce laps de temps la femme avait eu plusieurs accouchements normaux.

---

*Séance du 22 avril (soir).*

DES FIBROMES PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

M. Keipfer, de Bruxelles, rapporteur. — Je me suis donné pour tâche, dans ce court rapport, non pas d'exposer la question entièrement et d'une manière didactique, mais de l'envisager au point de vue des progrès que la gynécologie et l'obstétrique ont pu lui faire faire de nos jours.

La question me paraît à cet égard renfermer les trois propositions suivantes :

*a*) Quelle est l'évolution habituelle de la grossesse et de l'accouchement lorsqu'il existe des tumeurs fibreuses de l'utérus ?

*b*) Quels sont les principes qui doivent guider notre conduite thérapeutique ?

*c*) Enfin, quelles sont les indications des différents moyens dont nous disposons aujourd'hui dans le cas de gravidité compliquée de fibromes ?

Les fibromes sous-muqueux, interstitiels ou sous-péritonéaux, sont rarement des fibromes purs, mais souvent des fibro-myomes ou des myomes à un ou plusieurs noyaux. Quelle que soit la densité de leur texture, l'abondance des cellules musculaires ou fibreuses qui les constitue, il est acquis aujourd'hui, microscopiquement et cliniquement, qu'ils participent presque toujours aux modifications que la grossesse amène sur la nutrition et les qualités physiologiques du tissu utérin.

Mais leur siège et leur volume éminemment variables troublent, à raison même de ce volume et de leur asymétrie de situation, la coordination des contractions et la forme de l'onde con-

tractile de l'utérus. De là des pressions inégales, non graduées, irrégulières comme intensité et comme ordre de succession, de là le décollement de l'œuf et l'hémorragie qui accompagnent, chez les femmes atteintes de fibromes, les moindres excitations périphériques, émotives, sensorielles, traumatiques.

Cependant, grâce au ramollissement dont ils sont le siège, aux caractères de fibres lisses qu'ils affectent, les fibromes laissent fréquemment aboutir la grossesse en dépit des lois de la statique utérine.

Nous voyons que, dans les circonstances les plus favorables, les fibromes que l'on pouvait sentir à la palpation abdominale peuvent s'effacer complètement, faire corps presque homogène avec la paroi utérine, et ce n'est qu'au moment d'une contraction utérine qu'on retrouve leurs contours saillants.

Dans des cas plus accentués, on peut apprécier leur résistance plus grande et leur influence funeste sur la forme de la contraction ; il est possible de prévoir ici que la résultante des forces musculaires ne suivra pas l'axe pelvien normal. Cette résultante changera de direction, n'agira plus symétriquement sur l'ovoïde de révolution qu'est le fœtus, et celui-ci se présentera mal.

Après les hémorragies et l'avortement, ce sont les présentations vicieuses qui apparaissent le plus fréquemment : puis les cas compliqués dont la gravité se manifeste déjà au troisième et quatrième mois.

Une tumeur fibreuse, située, par exemple, au niveau de la face postérieure de l'utérus, a créé à trois mois et demi une rétroversion et l'incarcération de l'utérus gravide dans le petit bassin. Si l'on arrive à temps pour faire la réduction, la grossesse pourra peut-être continuer à évoluer ; mais presque toujours l'œuf est perdu avant qu'on lui ait porté secours, et on se trouve en présence d'une triple complication : l'incarcération, la rétention du produit, le fibrome. Songe-t-on déjà ici à une opération autre que celle de la réduction et du curetage ? Je ne le pense pas et je ne puis l'admettre.

Mais cette conjecture se justifiera davantage si l'utérus gravide, au lieu d'être incarcéré, a pris déjà un grand développement au-dessus du détroit supérieur du bassin, et si une tumeur fibreuse s'oppose à la descente et à l'accommodation utérine.

Quoi qu'il en soit, nombre d'observateurs conscencieux ont pu

remarquer la tendance des fibromes du segment inférieur à se ramollir comme les autres et à émigrer vers le fond de l'organe pendant le cours et surtout la fin de la grossesse. Mais cette terminaison favorable peut ne pas se produire ; ce fibrome est alors une cause de dystocie plus ou moins accusée, et le praticien aura, dans ce cas, à supputer les chances de l'opération césarienne et de l'amputation de Porro, suivant l'état de vie ou de mort du produit.

Enfin, l'évolution des fibromes, au cours de la grossesse, aura été telle que, dès le troisième ou quatrième mois, il s'est produit une fausse couche ; mais l'utérus fibromateux est si volumineux, la cavité utérine est si éloignée de sa situation normale, qu'il n'est pas possible d'abaisser l'organe et de le curetter. Ce sera ici une tumeur grave, compliquée de tous les phénomènes septiques de la rétention placentaire, du ramollissement pathologique de la tumeur, voire même de sa gangrène.

Les combinaisons les plus variées de ces cas principaux pourront s'offrir à la sagacité chirurgicale et obstétricale, et notamment ceux qui, rentrant dans le cadre des grossesses compliquées de fibromes volumineux, peuvent bénéficier, grâce à une situation favorable des tumeurs dans l'abdomen ou dans le vagin, d'opérations audacieuses rendant la filière pelvienne libre pour le terme de l'accouchement.

Si la grossesse peut modifier utilement les éléments anatomiques du fibrome et donner à ce tissu anormalement développé une certaine valeur physiologique qui pourra entrer en jeu au moment du part, elle peut aussi déterminer en lui les mêmes phénomènes de régression se passant dans le tissu utérin normal au cours des suites de couches, à savoir la dégénérescence graisseuse physiologique. Cette régression peut aller jusqu'à la disparition presque complète de la tumeur et c'est la grossesse seule qui aura produit le phénomène.

Malheureusement, ce n'est pas toujours à ce résultat qu'elle aboutit, pas plus ni moins que la ménopause sur l'involution ou l'accroissement des fibromes ordinaires non compliqués de grossesse : il arrive que la régression ne se produit pas au moment voulu, mais trop tôt, trop rapidement, prend même les caractères d'une dégénérescence pathologique, vraisemblablement à raison de conditions locales défectueuses, d'irrigation vasculaire, de

nutrition insuffisante ou d'influences diathésiques, et c'est à la dégénérescence cartilagineuse, amyloïde, calcaire, sarcomateuse ou au ramollissement, à la suppuration, à la nécrose que l'on a affaire avant même que le fœtus ne soit viable. Une telle évolution du fibrome est relativement rare, mais comme, dans les conditions où elle se produit, les chances d'une extirpation totale de l'utérus se trouvent diminuées ; que, d'autre part, si l'accouchement a lieu même dans de bonnes conditions pour la mère et l'enfant, il subsiste quand même un utérus fibromateux pouvant déterminer plus tard des accidents graves, l'accoucheur se pose la question de savoir s'il n'est pas préférable, en principe, de pratiquer l'hystérectomie chaque fois qu'une grossesse se produit dans un utérus fibromateux.

Je ne pense pas que l'on puisse répondre à cette question comme à celle de la grossesse extra-utérine et dire qu'en général la grossesse compliquée de fibromes doit être, comme la grossesse ectopique, considérée comme une tumeur de mauvaise nature et être extirpée.

La terminaison favorable d'une grossesse extra-utérine est d'une extrême rareté et soumise toujours aux dangers d'une opération des plus graves, tandis que la grossesse avec fibromes évolue parfois fort bien et n'est pas toujours soumise aux conditions d'une intervention.

(*A suivre.*)

---

# BIBLIOGRAPHIE

I. Dr Paul Segond. **Annexes de l'utérus (ovaires, trompes, ligaments larges, péritoine pelvien.** Extrait du Traité de chirurgie, tome VIII.)

II. **Squelette nasal perfectionné,** par le Dr Goldenstein, Paris, Alcan, 1897.

III. **L'action intime et les indications thérapeutiques des eaux d'Evian,** par le Dr Chiais. Paris, 1897.

IV. **Chatel-Guyon (Traitement, indications thérapeutiques),** par le Dr Baraduc. Paris, 1894.

V. **Guérison de la tuberculose,** par le Dr Coste de Lagrave. Vichy, 1897.

VI. **Les eaux thermales de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers,** par le Dr Laissus. Paris, 1896.

VII. **Du traitement de quelques affections utérines chroniques, par les eaux de Salins-Moutiers,** par le Dr Laissus.

VIII. **Formulaire hypodermique,** par le Dr E. Boisson et J. Mousnier, Sceaux, 1897.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**55. — De la bicyclette chez la femme et de son action sur les reins.** — Depuis que l'usage de la bicyclette s'est tellement généralisé, de nombreux travaux ont été publiés pour et contre cet exercice, les uns trouvant qu'il est très utile au point de vue hygiénique, les autres étant d'avis absolument opposé en allant même jusqu'à trouver l'emploi de la bicyclette absolument dangereux pour la santé. Il en est de même pour ce qui concerne plus spécialement l'usage de la bicyclette par la femme. Cependant, après un examen plus attentif, il paraît résulter que les auteurs sont d'accord, quant au fonds, puisque, ce qui est surtout dangereux, c'est, comme dans toute chose d'ailleurs, l'excès; tandis que, fait raisonnablement, l'exercice vélocipédique et une excellente gymnastique tant pour l'homme que pour la femme. Deux articles publiés dans le *Münch. med. Woch.* sont des plaidoyers en faveur de cette conclusion.

L'auteur du premier, M. A. Theilhaber, est d'avis que la bicyclette constitue pour la femme une excellente gymnastique, car elle contribue à l'exercice de tous les muscles du corps, aussi bien des membres inférieurs que de ceux des membres supérieurs et du tronc. Grâce à cette exagération du travail musculaire, il y a une plus grande accumulation d'acide carbonique, ce qui active la respiration. Cette gymnastique respiratoire augmente la capacité thoracique et rend les contractions cardiaques plus énergiques; aussi l'exercice vélocipédique augmente-t-il, — à condition de ne pas en abuser, bien entendu, — l'énergie du myocarde. En même temps que l'état général s'améliore, il y a un sentiment de bien-être tout particulier du corps et de l'esprit. Pour que la bicyclette donne tous ces résultats, il faut que la femme n'en fasse pas plus de 60 kilomètres par jour ou 15 à 18 kilomètres par heure. Il faut marcher beaucoup plus lentement ou même laisser complètement de côté la bicyclette s'il y a de la dyspnée ou des palpitations; il faut également éviter autant que possible de monter les côtes.

Certains auteurs prétendent que la bicyclette a une influence défavorable sur l'appareil génital de la femme, notamment qu'il provoque la congestion des organes génitaux et favorise le développement de

l'onanisme. Mais Theilhaber n'a jamais constaté chez les femmes bicyclistes d'exagération de la durée ou de l'abondance des règles, et, pour ce qui est de la masturbation, il faut, d'après l'auteur, trop porter toute son attention à bien diriger la machine pour pouvoir penser à autre chose ; à moins que la masturbation ne soit déjà un peu développée ; d'ailleurs si la femme se tient bien droite, il n'y a pas de friction des parties génitales contre l'appareil. Par contre, toujours d'après le même auteur, la bicyclette en tonifiant tout l'organisme et surtout le système nerveux, contribue en même temps à tonifier l'appareil génital.

D'autres auteurs sont d'avis que chez les jeunes filles l'exercice tant soit peu immodéré de la bicyclette provoque une hypertrophie du bassin musculeux et peut ainsi créer plus tard des difficultés sérieuses dans l'accouchement ; cependant, Theilhaber n'aurait jamais observé de cas analogues.

Le seul inconvénient que cet auteur voit à la bicyclette, c'est qu'elle donne assez souvent l'habitude de se tenir mal ; mais ce n'est qu'un inconvénient et encore peut-on l'éviter si en apprenant à diriger la machine, on prend l'habitude de se tenir bien droit.

Dans certaines affections, la bicyclette est réellement utile ; c'est ainsi que dans la pleurésie adhésive, la bronchite chronique, certaines formes torpides de tuberculose, la bicyclette a contribué pour une part importante à l'amélioration de l'état des malades. Dans certains cas d'affections cardiaques, cet exercice a également donné des résultats très favorables. Mais c'est surtout dans l'hystérie et la neurasthénie que la bicyclette peut rendre de réels services. Parmi les autres affections pouvant être heureusement modifiées par l'exercice vélocipédique, il faut encore signaler la névrite alcoolique, la sciatique, la goutte, l'atonie intestinale, la chlorose, les dyspepsies nerveuses, la faiblesse générale.

En gynécologie, l'auteur recommande cet exercice en cas d'aménorrée chlorotique, de dysménorrée nerveuse, d'endométrite catarrhale, de déplacements de l'utérus, de prolapsus peu marqués sans rupture du périnée. Dans les déviations de la colonne vertébrale, si le malade ne prend pas tout de suite l'habitude de se tenir très droit, il vaut mieux renoncer à la bicyclette.

Elle est également contre-indiquée dans la blennorragie, l'endométrite hémorragique, les tumeurs utéro-ovariennes, pendant la grossesse.

L'autre travail publié dans le même journal se rapporte à l'action de l'exercice vélocipédique sur les reins. L'auteur, M. Muller, a examiné à ce point de vue 12 sujets parfaitement bien portants, âgés de 19 à 32 ans ; 8 d'entre eux servent souvent d'entraîneurs et prenaient part aux courses ; les 4 autres ne vont à bicyclette qu'une fois par semaine environ ; chez 9 sujets l'urine a pu être examinée immédiatement avant la course ; chez les 3 autres, l'urine émise pendant l'exercice a été comparée à celle des jours où ils ne faisaient pas de bicyclette.

Chez 7 des 8 entraîneurs, l'urine avant les courses ne contenait pas trace d'albumine ; chez le 8e, l'urine était très légèrement albumineuse avant les courses, mais la quantité n'a pas varié après. Le dépôt, obtenu après avoir soumis à l'action centrifuge 10 c. c. d'urine avant la course, contenait dans un cas des cellules épithéliales plates en nombre assez grand, et dans un autre cas quelques cylindres hyalins. Dans tous les autres cas l'urine ne contenait aucun élément morphologique.

Examinées après la course, les urines contenaient une quantité très considérable d'albumine chez 7 sujets, et chez un seulement l'albumine était peu abondante.

Le sédiment était dans 6 cas, dont 1 où l'albumine était en quantité insignifiante, tellement riche en cylindres hyalins et épithéliaux, qu'on aurait pu penser à une néphrite épithéliale ; il y avait aussi de l'épithélium des tubuli ; chez les 2 autres sujets, il n'y avait que quelques cylindres hyalins et pas d'autres éléments morphologiques. — Tous ces éléments anormaux disparaissaient assez rapidement lorsque les sujets en expérience ne faisaient plus de bicyclette.

Sur les 4 sujets faisant un usage très modéré de la bicyclette et dont l'urine était absolument normale avant l'exercice, chez 2 seulement elle n'a pas changé après la promenade ; chez le 3e elle est devenue assez riche en albumine et en cylindres épithéliaux et hyalins et chez le 4e en albumine seulement. Comme chez les sujets de la première catégorie, l'urine des deux dernières personnes est redevenue normale dès qu'elles n'allaient plus à bicyclette.

En résumé, chez 8 sur 11, c'est-à-dire dans 72 %, l'exercice vélocipédique provoque l'albuminurie et dans 7 sur 12 (58 %) une cylindrurie assez considérable. Dans 2 cas seulement (16 %) l'urine est restée normale.

L'auteur considère cette albuminurie comme physiologique ou

fonctionnelle en se basant sur ce fait que Stablewski et Leube ont constaté chez des sujets sains une élimination d'albumine après une fatigue musculaire. La courte durée de l'albuminurie et l'absence de toute lésion viscérale caractérisent ces albuminuries physiologiques; d'autre part, le sédiment de ces urines ne doit contenir aucun élément morphologique et seulement des traces de cylindre hyalin. A ce dernier point de vue l'albuminurie des bicyclistes se distingue un peu de l'abuminurie physiologique de Leube et Senator; il est vrai aussi que, dans la conrse vélocipédique, la fatigue musculaire est de beaucoup supérieure à celle de tout autre exercice. Aussi l'auteur admet-il qu'un exercice musculaire très fatigant peut donner lieu à une albuminurie qui ne se distingue absolument en rien des urines des néphrétiques. Il faut cependant considérer cette albuminurie comme physiologique, puisqu'elle disparaît dès que la cause qui la provoque cesse, et parce qu'elle ne s'accompagne d'aucun autre trouble.

On aurait pu craindre qu'une fréquence exagérée de courses vélocipédiques considérables pourrait, par l'irritation continue des reins, donner lieu à une néphrite réelle ; cette hypothèse doit être rejetée si l'on se base sur ce fait que chez deux des sujets en expérience les urines étaient absolument normales après une course de 700 kilomètres. (*Médecine mod.*)

***

**56. De la conduite à tenir en présence de nouveau-nés en état de mort apparente.** — Sous ce titre, M. le docteur B.-S. Schultze vient de faire paraître un intéressant travail qui a une importance pratique indéniable (1). L'auteur rappelle, tout d'abord, que les recherches de Cazeaux ont établi, d'une manière définitive, que l'asphyxie des nouveau-nés est toujours le résultat de la suspension de la respiration placentaire et qu'elle se présente sous deux formes, qui sont précisément deux degrés de cette asphyxie, à savoir l'asphyxie bleue, forme la plus légère, et l'asphyxie blanche, forme la plus grave.

Il résulte de là que, pour traiter l'asphyxie en question, il y a deux indications à remplir, suivant que l'on se trouve en présence de l'une ou de l'autre de ces deux formes. Dans l'asphyxie bleue, il suffira d'exciter le centre bulbaire respiratoire qui n'aura pas encore

(1) Schultze. *Centralblatt., f. Gynaec.*, 12 septembre 1896.

perdu son excitabilité ; dans l'asphyxie blanche, on sera obligé de recourir à la respiration artificielle.

En effet, dans l'asphyxie bleue, le centre respiratoire de la moelle allongée, comme nous le disions plus haut, n'a pas perdu son excitabilité ; cette excitabilité n'est que diminuée et il est possible de lui rendre tout son pouvoir par des stimulations obtenues par la voie réflexe. C'est alors que l'on pourra déterminer des excitations de la moelle allongée en agissant sur les différents nerfs périphériques. Les frictions sur la surface cutanée, la flagellation, l'excitation des réflexes pharyngés ou laryngés, les tractions rythmées de la langue, les aspersions et les bains d'eau froide, seront, dans ces cas, employés le plus souvent avec succès et suffiront à ramener la respiration des nouveau-nés. Mais, il faut, pour réussir, que le bulbe soit encore capable de réagir et que l'asphyxie soit restée à la première phase.

Il en est tout autrement dans les cas d'asphyxie blanche. Ici, le nouveau-né est pâle, complètement inerte : il a l'aspect tout à fait cadavérique ; à l'auscultation de son cœur, on ne perçoit plus que, de loin en loin, de très faibles contractions. Il est de toute évidence que l'excitabilité de la moelle allongée a disparu et que la mort est proche. Il est donc de toute nécessité de ramener, autant que faire se peut, cette excitabilité de la moelle et il est de toute évidence que ce résultat ne peut être obtenu qu'en faisant arriver à cette moelle un sang riche en oxygène, en activant la circulation le plus rapidement possible. Ici, c'est à la respiration artificielle qu'il faut s'adresser, car c'est elle seule qui peut donner le résultat cherché.

Le mode d'application de la respiration artificielle varie également suivant que cette asphyxie blanche est plus ou moins avancée et surtout suivant l'état dans lequel se trouvent les contractions du cœur du nouveau-né. Si les contractions cardiaques sont encore relativement bonnes, il suffira, dans le plus grand nombre des cas, de faire des insufflations d'air dans la bouche de l'enfant ou encore de faire des compressions alternatives du thorax. Ces moyens réussiront à faire arriver à la moelle allongée une quantité suffisante de sang bien oxygéné pour lui rendre son excitabilité et pour ranimer ces nouveau-nés qui sont dans un état d'asphyxie blanche de moyenne intensité. Mais si l'asphyxie est plus avancée, si l'action du cœur s'est affaiblie suffisamment pour que la tension artérielle ne soit plus supérieure à la tension veineuse, et que, par suite, la circulation capillaire soit tout à fait impossible, ces manœuvres ne suffiront plus à oxygéner le sang et à

rendre au cœur ses contractions physiologiques. Il conviendra, dans ces cas, de s'adresser à la méthode des balancements imaginée par M. le docteur Schultze et qui donne alors de très bons résultats, au moins dans la plupart des cas.

Mais il est de toute nécessité, dans les cas d'asphyxie des nouveau-nés, de bien établir le diagnostic de la forme d'asphyxie avant de se décider à recourir à l'une ou à l'autre des différentes méthodes thérapeutiques dont il vient d'être question. Dans le cas d'asphyxie bleue, alors que le cœur bat dans de bonnes conditions et que le pouls des artères ombilicales est facilement perçu, les moyens destinés à réveiller l'activité de la moelle allongée simplement diminuée seront seuls mis à contribution, car la méthode des balancements employée dans ce cas ne pourrait donner de bons résultats. Ce serait donc une erreur d'y avoir recours. Il en serait de même, et le médecin praticien commettrait également une erreur, si, se trouvant en présence d'un nouveau-né en état d'asphyxie blanche, il perdait un temps précieux à employer les moyens destinés seulement, à l'aide des actions réflexes, à réveiller l'excitation de la moelle allongée. Ici, il faut établir de suite la respiration artificielle et procéder de la manière suivante :

On fait faire à l'enfant huit ou dix balancements qui demanderont environ une minute, puis on le place dans un bain chaud pour se rendre compte de l'état des contractions du cœur, de la circulation capillaire et du tonus musculaire et pour voir s'il ne s'établira pas de respiration spontanée. Si la respiration se produit pendant les balancements il faut également les arrêter de suite et placer encore l'enfant dans un bain chaud. L'enfant est maintenu dans ce bain jusqu'à ce que la respiration se soit établie d'une manière régulière, et ce n'est que dans le cas où cette régularisation de la respiration tarderait trop à se faire, qu'il conviendra d'avoir recours à une excitation réflexe plus énergique de la moelle allongée et principalement aux aspersions d'eau froide et à l'immersion rapide de l'enfant dans un bain d'eau froide.

***

**57. — Traitement de la nymphomanie.** (Lutaud.) — Je ne m'occupe ici que de l'affection caractérisée par l'exaltation de l'appétit vénérien, et non de la vésanie, véritable névrose génitale, qui complique un grand nombre de manies et rentre dans le cadre des affections mentales.

Ainsi limitée, la nymphomanie est encore une maladie fréquente qui s'observe même jusque dans la vieillesse.

Voici le traitement à instituer :

I. — Rechercher avec soin toutes les causes locales qui peuvent entretenir le prurit vulvaire : vaginite, végétations, vulvite, eczéma, syphilis, herpès.

II. — S'enquérir des affections générales pouvant déterminer le prurit et penser surtout au diabète.

Ces premiers points élucidés, voici le traitement à instituer :

III. — Dans les cas où la nymphomanie semble liée à des troubles du système nerveux, les bromures à dose moyenne sont indiqués ; associés à l'opium, ils combattent d'une façon très efficace l'exaltation de l'appétit vénérien.

| | |
|---|---|
| Bromure de strontium..... | 10 grammes. |
| Extrait thébaïque..... | 5 centigr. |
| Teinture de jusquiame..... | 2 grammes. |
| Sirop d'écorce d'orange amère..... | 90 — |

Une cuillerée à soupe le soir, à l'heure du coucher.

IV. — On peut ajouter du camphre au bromure de potassium :

| | |
|---|---|
| Bromure de potassium..... | 4 grammes. |
| Jaune d'œuf..... | N°1 |
| Émulsion sucrée..... | 190 grammes. |
| Camphre ..... | 0 25 cent. |

Une cuillerée à soupe le soir, à l'heure du coucher.

V. — Lorsqu'il existe de l'insomnie, j'ajoute du chloral à la potion nocturne :

| | |
|---|---|
| Hydrate de chloral..... | ãã 5 grammes. |
| Bromure de strontium..... | |
| Extrait de jusquiame..... | ãã 3 centigrames. |
| Extrait thébaïque..... | |
| Extrait de chanvre indien..... | |
| Sirop d'écorce d'orange amère..... | 100 grammes. |

VI. — Les applications locales sont utiles, alors même qu'il n'existe aucune lésion appréciable ; c'est à la cocaïne qu'il faut donner la préférence sous forme de lotions ou de pommade :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne..... | 2 grammes. |
| Eau de laurier-cerise..... | 4 — |
| Eau distillée..... | 100 — |

Pour lotions chaque soir :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne..... | 2 grammes. |
| Vaseline blanche..... | 20 — |
| Essence de rose..... | 1 goutte. |

VII. — L'hydrothérapie est indiquée, dans tous les cas. Lorsque la douche scientifique n'est pas possible, faire une application d'eau très froide sur la colonne vertébrale à l'heure du coucher.

Les eaux minérales les plus utiles sont Néris et Royat.

VIII. — *Traitement moral.*

Combattre l'onanisme, s'il existe, par les moyens d'ordre moral.

Le mariage est indiqué chaque fois que les malades ne sont pas menacées d'affections mentales.

Éviter l'isolement, la lecture des ouvrages licencieux, la fréquentation des théâtres, voyages, vie à la campagne, aux bains de mer ou dans des pensions alpestres, *mais toujours en compagnie*.

IX. — *Indications chirurgicales.*

Dans tous les cas où la nymphomanie est très intense, lorsqu'elle fait craindre des complications mentales et que tous les traitements rationnels ont échoué, la *clitoridectomie* est indiquée, surtout lorsque le mariage est impossible et que les habitudes d'onanisme sont invétérées. J'ai vu cette opération donner de bons résultats dans plusieurs cas graves.

La *nymphotomie* a été également pratiquée avec succès dans les cas où les petites lèvres provoquaient par leur longueur la gêne de la marche et le prurit génital. C'est là une excellente opération, ne présentant aucun danger et qui rend de grands services à un bon nombre de femmes. LUTAUD.

***

**58. Traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort**, par Ed. VIGNARD (de Nantes). — Le traitement du placenta dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort est encore aujourd'hui mal précisé. D'après certains chirurgiens, son ablation s'impose ; or, cette ablation est sans conteste tantôt facile, tantôt difficile et dangereuse, en tout cas incertaine dans ses résultats. D'autres chirurgiens abandonnent le placenta après marsupialisation du sac, mais font un drainage prolongé, des lava-

ges réitérés, et le placenta s'élimine ou est extrait secondairement ; ce qui complique d'une façon plus ou moins sérieuse les suites opératoires. Or, j'ai eu l'occasion d'opérer deux grossesses extra-utérines avec fœtus à terme et mort depuis trois et quatre mois. Dans les deux cas parfaitement comparables, la conduite que j'ai suivie a été identique ; je n'ai point enlevé le placenta et celui-ci ne s'est point éliminé secondairement. Les suites opératoires ont été d'une simplicité remarquable et je n'ai observé aucune complication ultérieure du fait de la rétention du placenta, lequel s'est progressivement résorbé. Est-ce là un effet du hasard ? Je ne le crois pas. Mais je serais tenté d'attribuer l'heureuse issue de l'opération à la technique que j'ai suivie.

Cette technique est basée sur les notions suivantes : le kyste fœtal est, sauf cas exceptionnels, aseptique ; ses parois, une fois le fœtus enlevé, ont une tendance naturelle et rapide à l'accollement. Dès lors, s'il est prudent, après l'extraction du fœtus, de drainer lâchement les deux ou trois premiers jours, il est parfaitement inutile et même dangereux de prolonger ce drainage et de se livrer à des lavages quotidiens de la poche fœtale. Ces manœuvres, plus ou moins compliquées, ont pour effet presque assuré de provoquer, par irritation ou même par infection légère, la mortification du tissu placentaire et son élimination. Aussi, la conduite que j'ai tenue a-t-elle été toute différente : après extraction du fœtus et marsupialisation du sac, abandon du placenta et drainage lâche avec deux ou trois mèches de gaze. Ces mèches sont enlevées le troisième ou le quatrième jour. Après quoi, on panse à plat le plus rarement possible, sans jamais recourir à des manœuvres quelconques dans l'intérieur de la poche, telles que réintroduction de mèches, de drains, ou lavages. Cette technique très simple ayant donné des suites opératoires très bénignes et une guérison définitive et rapide, je me permets de la recommander dans les cas semblables aux miens.

(*Institut international de Bibliographie scientifique.*)

***

**59. Pourquoi faut-il administrer les iodures ?** — Notre confrère G. Corin résume ainsi dans le *Scalpel* les enseignements fournis par l'administration expérimentale des iodures *in anima vili* : « Les iodures sont de puissants modificateurs de la nutrition, du moment qu'on les donne à doses assez fortes. Ils possèdent, en outre, une

action très spéciale sur la circulation sanguine ; ils provoquent une transsudation très intense de la partie liquide du sang, transsudation qui peut aller jusqu'à provoquer l'œdème des tissus ; ils peuvent ainsi faire baisser la pression sanguine, à moins que la vaso-constriction qu'ils provoquent ne soit assez intense pour masquer cette baisse de pression ; mais dans la suite, le liquide transsudé est résorbé par les vaisseaux.

« C'est cette action complexe, multiple, exercée sur la nutrition et sur les phénomènes de transsudation et de résorption qui explique l'activité particulière des iodures sur certaines néoformations pathologiques; c'est elle qui rend compte de l'influence des iodures sur certaines affections respiratoires et cardio-vasculaires et qui permet d'interpréter la plupart des accidents de soi-disant intolérance. »

Qu'on nous permette d'insister à ce propos sur la nécessité d'avoir à sa disposition des iodures absolument *purs*, comme dans les dragées d'iodure de potassium de Foucher, ne contenant ni iode à l'état libre, ni iodates. Les dragées d'iodure de sodium préparées par le même pharmacien renferment 20 centig. de sel pur et minutieusement dosé. (*Journal d'Accouchements.*)

***

**60. Eau oxygénée dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.** — M. Pinard a déjà employé avec succès les inhalations d'oxygène contre les vomissements de la grossesse.

Le docteur Briend, dans sa thèse, attire l'attention sur les excellents effets de l'eau oxygénée qu'il a vu employer par M. le docteur Gallois chez cinq malades qui se sont présentées à la consultation de la Charité.

Mode d'emploi : Faire boire aux repas de l'eau vineuse contenant par litre de une à trois cuillerées à café de la solution d'eau oxygénée à 10 volumes.

Les effets sont rapides, mais il faut prolonger la médication pendant quelque temps, sous peine d'assister à des retours offensifs. (*Semaine médicale.*)

***

**61. — Traitement de la septicémie puerpérale par la leucocytose artificielle.** — Hofbauer propose de traiter l'infection puerpérale par la provocation d'une leucocytose artificielle. Il a

choisi la nucléine agissant promptement à la dose de 5 à 10 gr. en une fois et n'ayant pas d'action néfaste sur le cœur comme la pilocarpine.

Sous l'influence de ce traitement, l'état général et l'appétit des malades s'améliorent, les ulcères puerpéraux détergés se couvrent rapidement de granulations. Les courbes de température présentent pas mal de variations. L'écoulement utérin perd sa putridité très rapidement.

A noter des manifestations curieuses du côté du système osseux. Il existait une sensibilité de certaines parties des os durant plusieurs jours.

L'auteur rappelle à cette occasion le rôle hématopoétique de la moelle.

Il faut rapprocher ce fait de l'examen microscopique du sang des patientes traitées par la nucléine.

En effet, on rencontre dans le sang de ces malades une surabondance de leucocytes et de nombreux globulins (érythrocytes) démontrant l'activité avec laquelle se fait la régénération du sang pendant la cure de la maladie.

En outre, il y avait une élimination plus grande que d'habitude d'acide urique, conformément aux observations faites antérieurement par *Kühnan*, *Umber*, *Weintraud* et d'autres.

L'auteur rapporte sept observations à l'appui de sa manière de voir. Il déclare que ce faible chiffre de malades traités par la nucléine ne permet pas de juger cette méthode nouvelle. Il conclut en déclarant que le traitement de la streptococcie puerpérale par la nucléine doit être commencé le *plus tôt possible* pour être efficace.

(*L'Antisepsie.*)

***

**62.—Observations sur la thérapeutique intra-utérine**, par G. Zepler. (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*, octobre 1896.) — Après avoir constaté les résultats médiocres que donnent dans le traitement de l'endométrite les autres méthodes, Zepler préconise un nouveau procédé qu'il décrit sous le nom de trachélocaustique, stomatocaustique ou isthmocaustique, et qui consiste dans une cautérisation circulaire avec le Paquelin (*Paquelinisation*) de l'orifice interne. Dans ce but l'utérus est, pendant environ deux jours successifs, dilaté au moyen de tiges de laminaires, puis curetté, asséché soigneusement avec un peu d'ouate ou de gaze et finalement bourré depuis le fond jusqu'à l'orifice interne

au moyen de gaze stérilisée. La région à cautériser est découverte au moyen d'un miroir analogue à ceux qui servent pour l'endoscopie urétrale : comme cautère, on emploie une pointe d'un demi-centimètre de large adaptée à une tige mince, un peu recourbée à l'extrémité, longue de 2 à 3 centimètres. A l'extraction du tampon de la cavité, succèdent l'irrigation froide intra-utérine, l'introduction dans l'utérus d'une mèche de gaze iodoformée. Le lendemain, la mèche est retirée et l'utérus irrigué. Cette irrigation intra-utérine se renouvelle tous les deux ou trois jours. Après l'opération, applications froides et pilules d'opium.

Pour obtenir des tiges de laminaires non seulement stérilisées, mais aussi antiseptiques, l'auteur les laisse séjourner deux jours dans l'eau, puis les imbibe d'alcool au sublimé à 1/4 ou 1 p. 100 dans lequel elles sont plongées pendant vingt-quatre à quarante-huit heures après les avoir séchées et essuyées extérieurement avec un linge. Séchage à l'air dans un récipient stérilisé, conservation dans la glycérine au sublimé à 1 p. 100.

Zepler admet que la ligne cicatricielle qui suit la cicatrisation agit dans le sens longitudinal et non transversal, et recommande, dans le traitement de la dysménorrhée par antéflexion, le procédé qui supprime l'angle de coudure entre le corps et le col. Ce procédé donne aussi de bons resultats dans les cas de sténose relative par hypertrophie de la muqueuse, en ce qu'il maintient libre la voie pour l'issue des liquides.

La stomatocaustique est contre-indiquée dans les affection aiguës ou chroniques purulentes de l'endométrium, et aussi par les exsudats et les suppurations collectées dans le bassin, tandis que Zepler se prononce moins rigoureusement dans les cas d'affections périutérines plus légères, qui souvent ne dépendent pas d'une endométrite infectieuse chronique.

Dans des développements ultérieurs, l'auteur insiste vivement sur les avantages de la dilatation par les laminaires en comparaison des autres méthodes de dilatation. Il met en garde contre l'emploi de l'ergotine dans le traitement des endométrites.

La dilatation par les laminaires est aussi la plus avantageuse pour le traitement des kystes tubaires. Zepler propose, après dilatation large de l'utérus, l'exploration directe ou indirecte, et conseille de tenter le cathétérisme des trompes. (*Rev. de thér. méd.-chir.*)

T. BLONDEL.

***

**63.— Traitement mécanique intra-utérin.** — M. Simons, qui a traité ce sujet à la séance du 3 février de la Société médicale de Berlin, comprend sous ce titre le traitement au moyen de la sonde et des crayons utérins, entre lesquels il n'établit d'autre différence que celle de l'intensité plus grande d'action du crayon. Pendant qu'il était assistant à la policlinique de M. Czempin, M. Simons a eu occasion d'appliquer le traitement mécanique à trois groupes de maladies utérines : 1° aux arrêts d'évolution ; 2° à l'atrophie ; 3° à l'antéflexion, particulièrement à ce qu'on a appelé le col tapiroïde. En ce qui concerne les deux premiers groupes, M. Simons pense qu'un organe aussi musculeux que l'utérus, l'orsqu'il est devenu flasque, torpide ou atrophié, doit être ramené à sa fermeté première par l'excitation due à un corps étranger. On exerce sur l'utérus un véritable massage au moyen de la sonde ou du crayon. D'un autre côté on calme les douleurs irradiées vers le sacrum et la cuisse ainsi que la dépression nerveuse que l'on observe chez les malades. L'arrêt d'évolution de l'utérus si fréquent chez les chlorotiques, les cas où l'utérus est resté infantile, relèvent de ce traitement. On ne peut guérir ces états, mais lorsque l'utérus n'est pas trop petit, le traitement par la sonde calme les douleurs et les troubles nerveux. Enfin on peut traiter ainsi les cas où l'utérus s'est complètement développé à la puberté, mais a conservé des dimensions relativement petites (utérus aplastique). L'aménorrhée et la dysménorrhée sont favorablement influencées, et les ovaires arrivent souvent à leur développement normal. On introduit 3 à 4 fois la sonde pendant la semaine qui précède les règles. On abaisse l'utérus avec la pince à griffes et après l'introduction de la sonde on exécute de légers mouvements de secousse avec l'instrument. Les inflammations aiguës et subaiguës seules constituent des contre-indications, mais non les inflammations chroniques. Le crayon doit être de 2 centimètres plus court que la cavité utérine, pour éviter les blessures de la paroi ; mais il ne doit pas non plus être trop court, parce qu'il pourrai être retenu dans la cavité. On peut le laisser à demeure sans danger, même pendant la menstruation, et il est maintenu en place par un pessaire indiqué par Czempin. Le crayon n'est employé que chez les jeunes filles. Il a une action très favorable, même lorsque les troubles sont considérables dans les cas de forte antéflexion de l'utérus et du col tapiroïde.

M. Virchow voudrait corriger la nomenclature adoptée par M. Si-Ilmons. Le col tapiroïde n'a rien à voir avec la flexion de l'utérus.

s'agit ici plutôt d'une néoformation polypoïde de la paroi interne de l'utérus qui se trouve refoulée de la cavité sur un côté de l'utérus et qui se trouve recouverte par la muqueuse; c'est une forme d'ectropion.

M. Landau rappelle que les gynécologues n'ont jamais cessé d'employer la sonde dans ces cas et ceux qui sont appropriés, et cet instrument donne de très bons résultats dans la stérilité. Mais quant à l'emploi généralisé du crayon, même dans les inflammations chroniques, il croit que le moyen est peu scientifique, et il n'a jamais observé aucun avantage de son emploi dans l'atrophie de l'utérus ; bien au contraire, l'utérus devenait plus volumineux, mais il survenait aussi des périmé trites, des paramétrites, des abcès, des pyosalpingites, dans quelques cas même la mort est survenue. Landau croit donc de son devoir de mettre en garde contre l'emploi étendu du traitement intra-utérin.

M. Czempin assure que l'emploi prudent de la sonde ou du crayon dans les cas bien choisis n'a jamais donné de mauvais résultats. D'ailleurs lesi nflammations chroniques sont pour lui une contre-indication à l'emploi de la méthode.Le crayon est utile dans la dysménorrhée lorsque l'ultérus n'est pas développé.

M. Falk se demande, si M. Simons n'admet pas que les inflammations chroniques soient des contre-indications, comment on peut maintenir aseptiques pendant des mois des crayons dans la cavité utérine.

M. Gottschalk ne se sert pas du crayon dans les états atrophiques, mais de la sonde électrolytique. Il déconseille le crayon à demeure pendant les règles comme très dangereux. Dans l'atrophie de la lactation, il ne s'agit pas d'une atrophie morbide, mais d'un état physiologique qui disparaît après le nourrissage.

M. Schœnheimer ne croit pas que l'utilité du traitement de M. Simons soit démontrée. La disparition des troubles tient le plus souvent à la suggestion que l'on peut exercer par des moyens moins dangereux.

M. Simons assure que les dangers du traitement mécanique n'existaient qu'avant l'époque antiseptique et qu'il n'a jamais vu survenir avec sa méthode la péri- ou la paramétrite.

(*La Médecine moderne.*)

***

**64. — Organothérapie par l'ovaire.** (Dr Touvenaint. *Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, n° 10, séance du 8 octobre 1896.)—Touvenaint rapporte quin-

ze observations où il a essayé la médication ovarienne. Dans le relevé on trouve quatre malades ayant subi l'hystérectomie vaginale totale, deux l'ablation des annexes des deux côtés; trois étaient atteintes d'aménorrhée, une de dysménorrhée, trois de chloro-anémie intense et deux étaient sous l'influence de la ménopause naturelle.

La substance ovarique a été administrée sous forme de pilules renfermant chacune 12 centigrammes de poudre desséchée, ce qui correspond à 80 centigrammes d'ovaire frais. Ils prennent deux pilules par jour, à prendre un quart d'heure au moins avant les deux principaux repas. La dose a été portée même à quatre pilules par jour, et ce durant plusieurs semaines consécutives, sans provoquer le moindre accident, si ce n'est toutefois quelques légers troubles dyspeptiques.

Touvenaint croit, après ces quelques essais, pouvoir formuler les propositions suivantes :

1° La médication ovarienne peut être prescrite sans danger et même être continuée longtemps, pourvu qu'on en surveille les effets ;

2° La dose moyenne de poudre desséchée d'ovaires, ne doit pas dépasser 24 à 40 centigrammes en moyenne par jour ;

3° Le traitement doit être continué pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois ;

4° Cette médication semble être particulièrement indiquée dans l'aménorrhée et la chloro-anémie, où elle fournit d'excellents résultats ;

5° Elle est fort utile dans tous les cas de ménopause artificielle due à l'ablation des organes génitaux ;

6° Elle peut être essayée aussi avec avantage contre les accidents dus à la ménopause naturelle.

---

# FORMULAIRE

## *Traitement de l'intertrigo abdominal et abdomina-crural par les badigeonnages d'acide picrique.*

(Jules Chéron.)

L'intertrigo, qu'on observe si fréquemment chez les personnes grasses au niveau de la face interne des cuisses, à la marge de l'anus, à la partie profonde des plis de l'abdomen et sous les seins, mérite, en raison de son siège habituel, une étude spéciale dans une Revue de gynécologie.

Le frottement de deux parties contiguës de la peau l'une contre

l'autre suffit à le provoquer ; il est particulièrement tenace lorsqu'à cette cause mécanique se joint l'irritation provoquée par des sécrétions comme l'urine, la sueur, la leucorrhée vulvaire, vaginale ou utérine.

Il n'est pas rare de voir l'intertrigo se compliquer d'eczéma ou d'impétigo.

Si, dans les cas légers, les applications souvent répétées de poudre d'amidon, de lycopode, de sous-nitrate de bismuth, de talc salicylé, etc., ou bien encore les lotions fréquentes avec l'eau blanche, l'eau de goudron, les solutions de sublimé, etc., donnent des améliorations rapides, les moyens classiques que nous venons d'énumérer se montrent parfois insuffisants et n'arrivent qu'à diminuer les sensations pénibles causées par l'intertrigo sans guérir l'inflammation cutanée. Cela est vrai surtout de l'intertrigo compliqué d'eczéma humide ou d'impétigo.

Depuis longtemps, j'ai employé, avec succès, l'acide picrique en solution aqueuse à 1 % dans le traitement des dermatoses humides, dans mon service de Saint-Lazare, où ces affections sont loin d'être rares. Il était naturel d'utiliser le même topique dans l'intertrigo compliqué et les résultats furent plus rapides et plus complets que par toutes les médications employées jsuqu'alors.

Voici donc quel est le traitement de l'intertrigo que je conseille d'employer :

1° Entretenir la région qui est le siège de l'intertrigo dans une propreté minutieuse ;

2° Combattre, s'il y a lieu, les sécrétions vulvaires, vaginales ou utérines par les moyens appropriés ;

3° Badigeonner, une fois par jour, la partie malade avec un petit pinceau d'ouate hydrophile imbibée de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Acide picrique..... | 1 gramme. |
| Eau distillée..... | 120 — |

On continuera les badigeonnages jusqu'à ce que la sécrétion morbide soit tarie et que l'épiderme soit réformé ;

4° Quand la sécrétion est tarie, il est bon de séparer les surfaces qui frottent l'une contre l'autre par une petite plaquette d'ouate hydrophile saupoudrée du mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Poudre d'amidon..... | ãã 5 grammes. |
| — de lycopode..... | |
| Craie préparée..... | ãã 10 grammes. |
| Sous-nitrate de bismuth..... | |

*Directeur-Gérant*, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — Le traitement des rétrodéviations au 7e Congrès de la Société allemande de gynécologie.

II. — La douglassite essentielle d'après l'école lyonnaise.

I. — Le traitement des rétrodéviations utérines, toujours d'actualité, vient d'être discuté à nouveau, au 7e Congrès de la Société allemande de gynécologie, dans la séance du 9 juin 1897.

Schultze était l'un des rapporteurs, et nos lecteurs savent quelle autorité le savant gynécologiste d'Iéna possède dans la question, puisque c'est à lui que nous devons le meilleur ouvrage peut-être qui existe, aujourd'hui encore, bien qu'il date d'une quinzaine d'années, sur les déviations utérines. Nous emprunterons donc au compte-rendu de la *Semaine médicale* toute la partie du rapport de Schultze qui concerne le traitement des rétroversions et des rétroflexions ; on verra quelle place importante tiennent toujours le massage et les pessaires dans ce traitement que nous n'avons pas à discuter, puisque c'est, en définitive, et avec quelques variantes seulement, la thérapeutique exposée bien souvent par nous-mêmes dans ce journal.

« Le traitement non opératoire de la rétroflexion, dit Schultze, consiste dans la réduction de l'organe déplacé : il est, dans chaque cas particulier, nécessaire de s'assurer s'il existe ou non des obstacles à cette manœuvre ; la réduction bi-manuelle seule peut nous renseigner sur ce point. En même temps que l'utérus, les ovaires doivent aussi réintégrer leur position normale s'ils sont libres d'adhérences ; il ne faut pas négliger d'être fixé à cet égard.

« Lorsqu'il n'existe aucun obstacle à la réduction, ni aucune complication nécessitant un traitement préparatoire, on placera de suite un pessaire.

« Je donne la préférence aux pessaires en celluloïd, et je n'en emploie plus d'autres. J'attache une grande importance à ce que leur forme soit adaptée à chaque cas particulier.

« Les pessaires de Hodge et de Thomas agissent en repoussant le col en arrière, par distension du cul-de-sac de Douglas ; le pessaire en 8 de chiffre agit directement sur le col sans distension du Douglas ; le pessaire en traîneau est surtout indiqué lorsque la paroi vaginale antérieure est particulièrement relâchée. Le plancher musculaire pelvien sert de point d'appui au pessaire ; ce dernier ne doit jamais distendre la vulve, encore moins faire son apparition entre les tissus vulvaires.

« On ne procédera jamais à l'application d'un pessaire avant d'avoir réalisé la réduction complète de la rétroflexion, règle générale qui malheureusement n'est pas toujours observée. Il faudra contrôler, pendant les premiers jours, l'action du pessaire, le changer s'il ne remplit pas le but désiré ; on ne devra jamais permettre à la malade d'enlever elle-même et de replacer son pessaire. S'il n'y a pas d'autres indications en dehors de la présence du pessaire, les injections vaginales ne seront prescrites que pendant les premiers jours qui suivent les règles.

« Après m'être assuré par un contrôle de quelques jours que la forme donnée au pessaire répond exactement à la déviation, je renvoie la malade à une année, sauf dans les cas qui nécessitent un traitement suivi, comme l'augmentation du volume de l'utérus, la sub-involution, un commencement de grossesse ; dans cette dernière alternative, je retire toujours le pessaire au cours de la dix-septième semaine.

« Pour favoriser l'action du pessaire et tâcher d'obtenir un résultat durable, je prescris des lavements froids quotidiens et toujours un lavement froid après chaque garde-robe, du seigle ergoté pendant les règles et je conseille d'éviter une trop forte distension de la vessie.

« Dans certains cas, le massage et la faradisation peuvent être adjointes au traitement par les pessaires.

« Les résultats éloignés sont d'autant meilleurs que la rétroflexion n'est pas de date trop ancienne. Ils sont également favorables, même dans les cas anciens, si la femme a eu un accouchement à terme ou une fausse couche peu de temps avant le début du traitement.

« Les complications les plus fréquentes de la rétroflexion sont : la subinvolution de l'utérus, la métrite, l'endométrite, l'ovarite. *La tuméfaction douloureuse des ovaires disparaît souvent très vite après la réduction* ; il en est de même des autres complications que nous venons de signaler, si elles ne datent pas de trop longtemps.

« Lorsque la métrite et l'endométrite sont très accentuées, on aura recours à la dilatation par les laminaires, aux irrigations méthodiques de la cavité utérine, au curettage. Ces différents moyens excitent les contractions de la musculature de l'utérus et des ligaments. Pendant ce traitement préparatoire, on maintiendra la matrice en antéflexion par un léger tamponnement placé en avant du col.

« Les obstacles à la réduction devront être reconnus et pré-

cisés avec soin durant la narcose par la palpation recto-vaginale et abdominale ; on détachera les adhérences péritonéales et l'on procédera à la remise en place de l'organe ; si elle réussit, on appliquera aussitôt un pessaire ou bien on fera un bon tamponnement du vagin qui devra fixer le col dans la partie postérieure du bassin. Le pessaire de Thomas ne remplit pas le but désiré, car en soulevant le fond du Douglas, il peut rapprocher les surfaces péritonéales qui viennent d'être séparées.

« Les obstacles au maintien de la réduction sont de nature diverse ; ils proviennent souvent d'un ovaire en prolapsus postérieur, d'adhérences de la face postérieure de l'utérus avec des anses intestinales ou avec la paroi antérieure du rectum, le plus souvent de brides cicatricielles siégeant dans le paramétrium ou sur la surface péritonéale, ou tous les deux à la fois, car les processus inflammatoires de cette région sont rarement isolés. Si l'on ne peut vaincre ces obstacles, pendant la narcose, par le détachement manuel des adhérences, il faudra les opérer après ouverture de la cavité péritonéale.

« Les brides cicatricielles partant d'une déchirure du col et s'étendant dans le paramétrium sont une cause fréquente d'immobilisation de la portion cervicale. Elles devront être opérées en même temps que la déchirure du col. Si cette dernière est insignifiante, le traitement par le massage est tout indiqué et donne d'excellents résultats, surtout en y adjoignant les bains, les injections et l'application de tampons.

« A cette catégorie appartiennent aussi les cas que j'ai publiés en 1891, dont les bons résultats se sont maintenus, et que j'ai traités par le massage de l'utérus maintenu en antéflexion au moyen d'une tige intra-utérine en celluloïd.

« Dans les cas où c'est le raccourcissement cicatriciel d'un des ligaments larges qui empêche la réduction de l'utérus en position normale, on pourra en quelque sorte y remédier en

plaçant un pessaire en huit de chiffre, dont l'axe n'occupera pas la ligne médiane, mais sera dévié du côté indiqué.

« L'action du pessaire ne sera parfaite que si le plancher pelvien se trouve dans de bonnes conditions ; dans ce but, j'ai souvent dû faire des opérations plastiques sur le périnée. Lorsque la vulve est béante et que la rétroflexion est réductible, je crois qu'il est avantageux pour la malade de pratiquer, dans la même séance, avant la périnéorrhaphie, la vagino ou la vésico-fixation de l'utérus ou d'exécuter l'opération d'Alexander Adams. »

A signaler aussi l'opinion suivante de FRITSCH (de Bonn) : « Je ne suis pas, dit-il, du même avis que celui de nos collègues qui prétend que l'on ne doit pas appliquer de pessaires aux *femmes de la classe laborieuse*. Pour ce qui me concerne, c'est un procédé de traitement que j'ai fréquemment mis en pratique, et j'en ai eu de bons résultats, en ce sens que la plupart des malades ont recouvré tout ou partie de leur capacité de travail. Si la ventrofixation donne d'excellents résultats au point de vue de la remise en place de l'organe, il n'en est pas toujours de même au point de vue fonctionnel : souvent les femmes, surtout celles qui doivent travailler, continuent à souffrir, notamment au niveau du point où l'utérus a été fixé, de douleurs, de tiraillements, etc. »

II. — Depuis quelques années déjà, les gynécologistes lyonnais, ont attiré l'attention sur les lésions inflammatoires, chroniques du tissu cellulaire rétro-utérin, des ligaments utéro-sacrés et du péritoine qui tapisse le cul-de-sac de Douglas, avec intégrité des annexes. C'est ce qu'ils appellent la DOUGLASSITE ESSENTIELLE.

La participation du péritoine au processus inflammatoire différencie la douglassite de CONDAMIN de la paramétrite postérieure de SCHULTZE ou plutôt en complète la description.

La douglassite étant en voie de prendre droit de cité en

gynécologie, nous croyons utile de reproduire ici l'analyse que la *Semaine gynécologique*, du 23 mars 1867, nous donne de la thèse d'un élève du Dr Condamin (de Lyon), le Dr HUSSENTEIN.

« *Étiologie.* — La cause la plus fréquente est représentée par l'état puerpéral.

« Les déchirures les plus légères du vagin, du col utérin sont autant de portes ouvertes à l'infection, et le mouvement fébrile qu'on met sur le compte de la fièvre de lait n'est que le signe d'une lymphangite péri-utérine qui se propage jusque dans les lympathiques de la séreuse : le péritoine réagit par la formation d'adhérences.

« Les troubles menstruels doivent être mis au nombre des facteurs de la douglassite : la trompe, sous l'action du froid, semble se rétracter, le pavillon ne s'applique plus exactement sur l'ovaire et quelques gouttes de sang tombent dans le Douglas. Ce sang, qui est stérile, ou bien est résorbé entièrement et ne laisse aucune trace de son passage, ou bien le péritoine réagit contre ce corps étranger par une exsudation plastique plus ou moins abondante. Cet exsudat fibrineux s'organise et agglutine entre elles les parois du Douglas.

« Les métrites, enfin, sont un facteur important des inflammations paramétriques et de celles de la séreuse de Douglas. Les germes infectieux transportés par les couches muqueuse et musculeuse de l'utérus arrivent dans le réseau lympathique péri-utérin, puis de là dans le para-métrium, où ils donnent lieu soit à des phlegmons, soit à de simples engorgements facilement résorbés. Dans ce dernier cas, les lymphathiques du cul-de-sac de Douglas infectent le péritoine qui recouvre celui-ci. Le péritoine s'enflamme et il se forme des adhérences entre les parois du cul-de-sac.

« *Symptômes et diagnostic.* — Le symptôme prédominant de la douglassite essentielle, celui qui décide les malades à venir

consulter, c'est la douleur, douleur lancinante, siégeant dans les lombes, dans la région hypogastrique, souvent avec irradiation dans les cuisses.

« Ces phénomènes douloureux sont atténués par le décubitus horizontal et exagérés par la marche et la station verticale.

« La défécation exagère les souffrances ; dans la plupart des cas il existe, en outre, du ténesme vésical.

« Le coït est très douloureux, bien que l'appétit sexuel soit le plus souvent entièrement conservé. La dysménorrhée est constante.

« Les symptômes objectifs sont fournis par le toucher. On sent le col en haut, attiré du côté du sacrum quand des brides nombreuses le fixent à la paroi rectale, ou bien on sent l'orifice du col en avant quand il n'existe guère que de la rétraction des tissus du Douglas. M. Condamin préconise, pour le diagnostic, le procédé suivant : on insinue deux doigts dans le vagin ; on accroche avec l'index la lèvre supérieure du col et on cherche à l'attirer en avant, pendant que le médius, plongeant dans le cul-de-sac rétro-utérin, explore le Douglas.

« Quand il existe de la douglassite, la moindre traction du col est douloureuse, et le médius sent alors dans le cul-de-sac les ligaments utéro-sacrés comme deux cordons qui partent de chaque côté du col et qui offrent une sensibilité spéciale.

« Parfois aussi, des brides péritonéales sillonnent en si grand nombre le Douglas, qu'il est très difficile de faire remonter son doigt à la partie postérieure du col et que le Douglas est presque effacé.

« Tout mouvement un peu violent imprimé à la matrice arrache des cris aux malades.

« Le diagnostic différentiel doit se faire autant avec la douglassite compliquée de lésions annexielles. S'il y a de la salpingite à quelque degré que ce soit, on sentira soit de l'empâte-

ment des culs-de-sac latéraux, soit un petit cordon douloureux à la pression qui n'est autre que la trompe enflammée.

« *Traitement.* — *a*) Traitement médical : Injections chaudes, lavements d'huile, columnisation, massage. — *b*) Traitement chirurgical : Rompre les adhérences par la laparotomie et hystéropexie abdominale antérieure. »

J. B.

---

# TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

—

(17e *article, voir les nos précédents, à partir de janvier 1895.*)

## Du massage gynécologique. (*Suite et fin.*) (1).

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

—

Sommaire. — Technique du massage dans les adhérences pelviennes, dans les lésions anciennes de péri-salpingite et de péri-ovarite.
Massage dans le cas des tumeurs fibreuses enclavées ; massage externe dans les tumeurs fibreuses adhérentes.
Massage dans les kystes tubaires profluents (hydrosalpinx ou pyosalpinx à pus stérile). Précautions à prendre.
Massage dans les brides utéro-vaginales.
Méthode de Thure Brandt contre l'incontinence d'urine par parésie du col vésical.

Les adhérences pelviennes peuvent être traitées avantageusement par le massage auquel nous associons volontiers la columnisation du vagin déjà décrite dans un précédent chapitre.

Celles qui siègent *en avant* de l'utérus, entre la vessie et la face antérieure de l'utérus, sont assez facilement abordables après rétroposition artificielle de l'utérus. Elles ne peuvent être abordées que grâce à cet artifice de la rétroposition artificielle, mais il convient de remarquer que les manœuvres nécessitées par cette rétroposition font déjà le principal du traitement en allongeant et étirant notablement les adhérences vésico-utérines.

(1) Voir, sur le massage gynécologique, les numéros d'avril, mai, juillet et décembre 1896, janvier et mai 1897.

Deux doigts de la main gauche, introduits dans le cul-de-sac postérieur du vagin, viennent prendre un point d'appui sur la face postérieure du col et l'attirent, peu à peu, en haut et en avant, pendant que la main externe s'insinue derrière le pubis et refoule le fond de l'utérus en arrière.

Les premières séances, très courtes, seront consacrées entièrement à faire ainsi basculer le corps utérin en arrière, jusqu'à ce qu'il soit amené dans l'axe du vagin.

Ce premier résultat obtenu, on fait des pressions circulaires sur la face antérieure de l'utérus, ainsi que cela a été décrit pour le traitement de l'antéflexion.

Les adhérences siègent-elles *sur les côtés*, sur le côté gauche par exemple ? Deux doigts de la main gauche sont placés dans le cul-de-sac latéral gauche du vagin et soulèvent et rapprochent de la paroi abdominale la région à masser que la main droite, placée au-dessus de l'arcade de Fallope gauche va pouvoir atteindre facilement. C'est, en somme, la manœuvre que l'on fait journellement pour l'examen bi-manuel des annexes. Les doigts placés dans le vagin soutenant les tissus, la main droite fait des frictions très légères d'abord, puis un peu plus fortes, sur la région, reconnaissant les parties anormales et les attaquant doucement à leur périphérie, allongeant les brides et les étirant sans violence, séparant avec patience les anses intestinales agglomérées et les faisant glisser les unes sur les autres, etc. Le traitement ne doit être considéré comme terminé que quand les tissus ont repris leur souplesse normale et que les doigts des deux mains parviennent au contact dans toute la région latérale accessible du bassin. Il va sans dire que les annexes auront été reconnues et qu'on évitera toute manœuvre de force à leur niveau.

Si les adhérences siègent *en arrière* (douglassite de Condamin, paramétrite postérieure de Schultze), on fera d'abord le traitement manuel de la rétroversion que nous avons exposé plus haut, on assouplira peu à peu le cul-de-sac postérieur, puis, lorsque la main externe pourra venir en contact, derrière l'utérus

antéversé, avec les doigts internes, on frictionnera toute la région du Douglas pendant quelques minutes. Après chaque séance, il faut avoir bien soin de maintenir l'utérus en avant, ce que la columnisation permet d'établir facilement.

Pour les *lésions anciennes de péri-salpingite et de péri-ovarite*, la position des mains est la même que pour les adhérences situées sur les côtés de l'utérus. On ne saurait trop recommander, en pareil cas, d'agir très doucement, par une sorte d'effleurage plutôt que par une véritable pression, la main externe épousant les contours de la tuméfaction péri-annexielle et tous les mouvements se faisant de la paroi latérale du bassin vers la ligne médiane. Il arrive souvent qu'après un petit nombre de séances de trois à quatre minutes on parvient à distinguer très nettement l'ovaire confondu, au début du traitement, avec la trompe et englobé dans les mêmes adhérences, ce qui démontre bien la résorption de ces dernières.

Disons que le massage des annexes est de tous les massages gynécologiques, celui qui demande la plus grande légèreté de main et qu'il ne doit être entrepris qu'après une grande expérience des autres variétés de massage.

Une *tumeur fibreuse enclavée* peut être traitée comme une rétroversion adhérente et les manœuvres à faire ne diffèrent pas de celles qui ont été proposées plus haut à propos de la réduction manuelle des rétrodéviations. Les intermittences rythmées du courant continu, suivant le procédé du Dr Chéron (voir plus loin), nous ont plusieurs fois permis de désenclaver rapidement des tumeurs fibreuses et sont à conseiller en pareil cas. Pour les *tumeurs fibreuses adhérentes*, si les adhérences existent dans une région accessible, on fera le pétrissage de la paroi abdominale et des pressions profondes en avant de la tumeur, ce qui suffit souvent à faire disparaître les douleurs dont se plaignaient les malades au niveau de ces adhérences. Si les adhérences ne sont pas directement accessibles, on pourra cependant les étirer en saisissant entre les deux mains, à travers la paroi abdominale, l'utérus myomateux et en lui faisant exécuter des mouvements

de latéralité plus ou moins étendus. Nous devons ajouter que, à notre avis, les intermittences rythmées du courant continu sont un procédé de massage bien supérieur au massage manuel dans le cas de tumeurs fibreuses.

Les *hydro-salpinx profluents* d'après Thure Brandt et les *pyo-salpinx profluents à pus stérile* d'après Murray (voir *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, avril et septembre 1894) peuvent être évacués dans l'utérus par des pressions douces exercées de la partie externe de la trompe vers son extrémité utérine. C'est incontestablement le meilleur mode de drainage naturel des kystes tubaires, mais surtout en cas de collection purulente, on ne saurait être trop prudent. Aussi nous conseillons :

1° de n'employer ce mode de traitement que si l'interrogatoire de la malade permet de croire qu'il y a eu déjà des évacuations spontanées du kyste tubaire dans l'utérus ; 2° de faire quelques pressions seulement à chaque séance et très douces ; 3° de faire garder le repos au lit au moins le jour du massage : 4° de prendre soigneusement la température, matin et soir, pendant une huitaine de jours, avant de commencer le massage qu'on n'entreprendra qu'au cas d'apyrexie complète. Dans ces conditions, il n'y a pas à craindre de complication.

Les *brides cervico-vaginales* sont surtout fréquentes entre la face postérieure du col et la région correspondante du vagin ; variables comme nombre et comme épaisseur, elles peuvent arriver à obturer presque complètement le cul-de-sac postérieur. On en trouve aussi qui réunissent les parties latérales du col aux côtés du vagin ; elles sont généralement moins épaisses et moins nombreuses. Les brides antérieures sont de toutes les moins fréquentes.

Le traitement manuel consiste à allonger ces brides par la mobilisation du col qu'on attire progressivement en avant pour les brides postérieures, sur les côtés pour les brides latérales ; il consiste en outre et surtout à frictionner et à presser, avec le

doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur, la région rétro-cervicale, le cul-de-sac latéral ou le cul-de-sac antérieur suivant le siège de ces brides. Il arrive assez souvent, surtout dans les premières séances, qu'il se produise un peu d'arrachement et que les brides saignent. Après avoir épongé et laissé en place, pendant quelques minutes, un tampon d'ouate hydrophile qui fait compression, on retire ce dernier et on le remplace par un tampon d'ouate aseptique imbibée du glycérolé suivant :

| | |
|---|---|
| Résorcine pure..... | 10 grammes |
| Glycérine neutre..... | 200 grammes |

On répète cette petite opération tous les quatre ou cinq jours jusqu'à la guérison complète, qui demande un temps très court.

L'*incontinence d'urine par parésie du col vésical* est un des triomphes incontestés de la méthode de Thure Brandt. Voici comment l'auteur décrit son procédé de massage que nous avons maintes fois répété avec succès (*loc. cit.*, p. 72) :

« La patiente étant dans la position de la taille, on introduit l'indicateur de la main gauche dans le vagin et on l'applique, un peu courbé, obliquement contre le col de la vessie, tandis que les autres doigts entourent le pouce et que la main droite saisit le poignet gauche pour empêcher une pression modérée du col de la vessie contre le pubis, et on répète ce mouvement jusque trois et quatre fois. Puis on retire le doigt, et on introduit l'index de la main droite et on exécute le même mouvement, de sorte que la pression agit sur les deux côtés du col de la vessie. »

Nous en avons terminé avec la technique du massage proprement dit, mais il nous reste encore à décrire les principaux mouvements de gymnastique suédoise qui font partie intégrante de la méthode de Thure Brandt ; ce sera l'objet de notre prochain chapitre.

(*A suivre.*)

# DE L'UTÉRUS DIDELPHE

## Considéré principalement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement.

*A propos d'une observation recueillie à la Maternité dans le service de M. le Dr Budin,*

Par Henri Chéron, interne du service.

—

On entend par utérus didelphe une malformation utérine consistant dans l'existence de deux moitiés d'utérus complètement séparées et indépendantes, munies chacune d'une trompe et d'un ovaire.

Il est important de distinguer l'utérus didelphe des autres malformations utérines. C'est surtout de l'utérus septus ou globularis et de l'utérus bicornis qu'il est important de le séparer.

Dans la première variété, c'est-à-dire, dans l'utérus septus, l'utérus conserve extérieurement sa forme normale globuleuse; ce n'est qu'en l'examinant intérieurement que la malformation utérine peut être reconnue. Cette dernière consiste en un cloisonnement plus ou moins complet de l'utérus et du vagin, cloisonnement total quand il intéresse ces deux organes, cloisonnement incomplet quand il n'intéresse que l'utérus ou même simplement le corps de l'organe, le col excepté (utérus globularis subseptus).

La seconde variété, représentée par l'utérus bicornis consiste dans la séparation bien complète du corps de l'utérus en deux parties ou cornes, les deux cols se trouvant réunis et accolés.

*Notions anatomiques.* — L'utérus didelphe considéré au point de vue anatomique se trouve formé par deux utérus situés l'un à côté de l'autre, absolument indépendants et présentant une direction divergente, de telle sorte que leurs grands axes continués viendraient se couper l'un l'autre, en bas et en arrière, au niveau de la partie supérieure du vagin.

Chacun de ces utérus présente à la partie externe de son fond

l'insertion d'un ligament rond, celle d'une trompe et celle d'un ligament de l'ovaire.

Les dimensions de chaque utérus peuvent être à peu près égales. Le plus habituellement l'un des deux utérus a subi un arrêt de développement et présente un volume beaucoup moins considérable que l'autre. L'atrésie du canal cervical complique parfois la malformation utérine de l'un d'eux.

Le vagin qui fait suite à l'utérus didelphe est, en général, double et se trouve divisé dans toute son étendue en deux parties latérales par une cloison médiane antéro-postérieure.

Très rarement, le vagin peut ne pas être divisé, nous ne l'avons trouvé unique que dans deux cas (obs. de Las Casas et obs. personnelle). Enfin, il peut faire défaut comme dans le cas de Galabin cité par Giles.

Les deux vagins présentent également des différences dans leurs dimensions. Le vagin le moins large correspond à l'utérus le moins volumineux. Il existe dans de nombreux cas une oblitération de la partie inférieure du vagin rudimentaire.

Tels sont, en résumé, les caractères anatomiques de l'utérus didelphe.

Exceptionnellement, on peut voir d'autres malformations s'associer à la malformation utérine indépendamment de l'atrésie cervicale ou vaginale que nous avons signalée. Mais ce sont, en général, des malformations incompatibles avec l'existence.

Les plus fréquentes sont celles qui portent sur l'appareil urinaire ; par exemple, l'exstrophie de la vessie ou le dédoublement de la vessie et de l'urèthre comme dans le cas de Engel, observé chez une accouchée, ou encore des malformations incompatibles avec l'existence, relevées sur des fœtus mort-nés, comme l'imperforation de l'anus (1).

*Notions embryogéniques.* — La tératologie de l'utérus didelphe peut être expliquée comme celle de toutes les autres malformations utérines par l'embryologie.

(1) Voir observations citées par Lefort dans sa thèse d'agrégation.

A une époque déterminée de la vie embryonnaire, qui s'étend du vingtième au quarantième jour, il existe, à la face externe du germe uro-génital, deux cordons qui descendent accolés l'un à l'autre et forment le cordon génital de Thiersch. Ces deux canaux sont l'un le canal de Wolf et l'autre le canal Müller, le premier destiné à fournir le canal excréteur de la glande mâle, l'autre le canal excréteur de la glande femelle. L'existence concomitante de ces deux canaux, constituant une sorte d'hermaphrodisme des canaux excréteurs, n'est que temporaire.

Lorsque l'évolution doit se faire vers le type femelle, le canal de Wolf s'atrophie en grande partie, tandis que le canal de Müller subsiste en totalité.

Dans un trajet descendant jusqu'au niveau du pédicule de l'allantoïde, le canal de Müller se trouve croisé par le ligament de Hunter, étendu de l'extrémité inférieure de l'ovaire à l'orifice interne du canal inguinal.

Chaque canal de Müller se trouve divisé en deux parties distinctes par son entre-croisement avec ce ligament ; la partie supérieure constituera la trompe de Fallope, la partie inférieure, le canal utéro-vaginal.

Les deux canaux utéro-vaginaux, primitivement séparés, vont s'accoler l'un à l'autre dans toute leur étendue, puis la cloison de séparation va disparaître, peu à peu, par un phénomène de résorption qui s'effectue de bas en haut, de la vulve vers le fond de l'utérus.

Si le processus qui préside à la formation d'un vagin et d'un utérus unique s'arrête en un de ces points, à la première période, par exemple, qui répond au stade de réunion des canaux de Müller ; suivant que le défaut de réunion aura été total ou partiel, l'utérus sera didelphe ou bicorne.

Si l'arrêt de développement ne commence qu'avec l'acte de fusion des canaux de Müller, l'utérus sera globularis. Toutes ces anomalies résident donc dans la persistance des formes embryonnaires qui ne devraient être que passagères.

L'anatomie comparée fournit à l'état normal chacune de ces

variétés et parmi elles, celles de l'utérus didelphe que l'on rencontre chez les marsupiaux et les monotrèmes.

Certains embryologistes ont cherché les causes qui président au développement anormal de ces canaux de Müller et à la constitution de ces différentes anomalies.

Pour les uns, le rapprochement des canaux de Müller serait empêché par l'existence d'une bride fibreuse d'épaisseur et de longueur variables, s'étendant de la paroi antérieure du rectum à la paroi postérieure de la vessie.

Ce cloisonnement antéro-postérieur de l'excavation aurait été rencontré dans les cas d'utérus bicorne et d'utérus didelphe.

Pour Thiersch, ce serait l'existence prolongée du corps de Wollf qui viendrait, en s'interposant entre les canaux de Müller, empêcher leur réunion.

Pendant longtemps, on considéra l'utérus didelphe comme devant être associé, fatalement, à d'autres malformations incompatibles avec l'existence. Aussi admettait-on les idées de Kussmaul et, plus tard, celles de Lefort qui prétendaient que cette malformation ne pouvait se rencontrer que chez des fœtus mort-nés.

Notons pourtant que Lefort, dans sa thèse d'agrégation sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin, bien qu'admettant en grande partie les idées de Kussmaul, cite, avec de nombreuses observations d'utérus didelphes, relevées à l'autopsie de fœtus morts à la naissance (1), une observation de Bonnet, avec autopsie : il s'agit d'une femme de 25 ans, présentant des malformations multiples, qui aurait accouché spontanément à sept mois.

En dehors de cette observation qui, du reste, ne paraît pas être un cas bien certain d'utérus didelphe, il faut arriver jusqu'à 1872 époque à laquelle Olivier cite le premier cas bien probant chez l'adulte.

(1) Les principales observations citées par Lefort sont l'obs. de Saviard 1702, l'obs. plus récente de Fraenkel en 1825, l'obs. de Depaul (pièce offerte au musée Dupuytren, n° 341), nov. 1853,— l'obs. de Mayer, 1829 — l'obs. de Puech 1857 (*Comptes rendus* de l'Académie des sciences ; — l'obs. de Wasseige (*Bulletin* de l'Académie de Belgique, 1852-1853).

Depuis lors de nombreux cas ont été publiés, surtout à l'étranger. Nous avons pu en réunir trente-huit.

Quelques-uns, c'est le cas le plus rare, ont été trouvés à l'autopsie. Le plus habituellement, c'est chez des femmes enceintes ou en travail, ou bien encore, chez des femmes souffrant d'affections de l'appareil génital que ces observations ont été relevées.

On peut réunir les faits observés en deux groupes bien distincts :

*A*. Le cas observés pendant la grossesse ou le travail, ou même longtemps après l'accouchement.

*B*. Les cas relevés à l'occasion d'une affection de l'appareil génital chez des nullipares.

Les premières observations, qui sont au nombre de 18, offrent de l'intérêt à des points de vue divers :

Un intérêt clinique à cause de certains symptômes spéciaux liés à cette malformation.

Un intérêt diagnostique, l'exploration d'un utérus didelphe n'étant pas toujours facile surtout quand une malformation vaginale vient se surajouter à la malformation utérine.

Enfin, un intérêt tout pratique, résultant de la dystocie fréquente à laquelle expose cette malformation.

Le nombre de faits d'utérus didelphes actuellement connus et que nous avons pu réunir dans ce travail nous semble suffisant pour permettre, par l'analyse seule des observations, une description clinique de cette malformation dans ses rapports avec la gynécologie et l'obstétrique. Mais ici, nous insisterons surtout sur le côté obstétrical de la question, de beaucoup le plus intéressant.

Nous allons examiner maintenant l'utérus didelphe dans ses rapports avec la menstruation, la grossesse et l'accouchement.

**Menstruation.** — En général, la menstruation tend à s'établir d'une manière tardive. Elle s'accompagne souvent de douleurs présentant les caractères que l'on observe dans la dysménorrhée ; d'autres fois ces douleurs revêtent une forme particulière en rapport avec une atrésie du vagin de ou l'utérus du même côté.

Dans ce dernier cas les douleurs précèdent le flux menstruel, avec bouffées de chaleur, céphalalgie, symptômes que l'on retrouve dans l'hématométrie ou l'hématocolpos, avec cette différence pourtant qu'ils sont ici moins accusés, le flux menstruel s'écoulant toujours du côté resté libre.

Mais une atrésie portant sur le vagin n'empêche pas fatalement l'écoulement sanguin de ce même côté. Par exemple, on a vu le sang menstruel provenant d'un vagin rudimentaire fermé à sa partie inférieure, se faire jour, exceptionnellement, à travers quelques petits pertuis creusés dans l'épaisseur de la cloison. (obs. de Rossa).

Ce cas rend compte de ce fait étrange, au premier abord, à savoir l'absence d'hématométrie avec vagin en apparence imperforé à sa partie inférieure.

L'écoulement sanguin à chaque menstruation provient des deux muqueuses utérines, les fonctions menstruelles se faisant d'une façon concomitante. Néanmoins, dans un cas (obs. d'Engel) l'écoulement menstruel de chaque moitié de l'utérus didelphe avait lieu séparément, commençait en général par le vagin droit et s'arrêtait au bout de deux ou trois jours, pour se continuer par le vagin gauche, pendant un jour et demi.

Mais ce fait, isolé du reste, est en désaccord avec ce que nous observerons plus tard pendant la grossesse et le travail, les deux utérus ayant une tendance à se comporter, au point de vue fonctionnel, comme s'il s'agissait d'un utérus unique non séparé en deux.

Cette loi générale de synergie fonctionnelle explique la rareté de la menstruation pendant la grossesse chez les didelphes. Sur tous les cas relevés par nous, aucune observation ne mentionne la persistance de la fonction menstruelle à ce moment. Néanmoins le fait a été quelquefois relaté dans toutes les malformations utérines, puisque Henderson a pu conseiller de rechercher, avec soin, la malformation utérine dans tous les cas où le flux menstruel persistait pendant la grossesse.

**Grossesse.** — La fécondation est possible dans la majorité

des cas, comme le prouve le grand nombre de grossesses dans l'utérus didelphe.

Les deux utérus peuvent être gravides et les grossesses peuvent évoluer soit toujours dans le même utérus, soit dans les deux successivement, à moins pourtant qu'il n'existe une malformation d'un côté. Cependant dans deux observations (celles de Tschudy et de Holzabfel, où il existait une atrésie des voies génitales d'un côté), on a vu, après l'incision et la dilatation du rétrécissement, la grossesse évoluer dans l'utérus, siège primitif de l'atrésie.

L'imprégnation peut avoir lieu aussi pendant le cours d'une grossesse, comme le prouve l'observation de Sotschawa, et constituer encore un cas probant en faveur de la superfétation.

La grossesse évolue souvent à terme.

Sur 26 grossesses simples, 24 sont allées jusqu'à terme, tandis que, dans 5 cas, la grossesse a été interrompue.

Nous ne pensons pas que la malformation utérine soit cause, dans aucun cas, de l'avortement, ni de l'accouchement prématuré.

Nous avons vu, en faisant l'étude anatomique de l'utérus didelphe que l'une de ses portions présentait souvent un développement moindre. On peut donc supposer que, lorsque la grossesse évolue dans l'utérus de petit volume, elle est exposée à être interrompue.

Il importe de retenir, cependant, que dans quelques cas, l'utérus du plus petit volume étant devenu gravide, la grossesse a pu, néanmoins, aller jusqu'à terme.

Nous avons déjà vu que chaque partie de l'utérus didelphe pouvait devenir gravide quand l'une et l'autre sont, ainsi que les deux vagins, constituées normalement. La gravidité successive des deux utérus a été observée dans 5 cas, tandis que dans 2 cas seulement, les grossesses évoluèrent toujours dans le même utérus.

Quant à l'évolution des grossesses gémellaires dans l'utérus didelphe, il faut en réserver la description, deux cas seulement ayant été publiés, dans lesquels la grossesse fut interrompue dans les premiers mois.

Tandis que l'utérus gravide se développe et présente les modifications habituelles que lui imprime la grossesse, l'utérus non gravide subit à son tour des modifications non moins importantes. La cavité utérine s'agrandit, ses parois s'épaississent et l'utérus tout entier augmente de volume, tandis que, de son côté, le col se ramollit dans toute son étendue.

**Accouchement.** — Dans tous les accouchements qui ont eu lieu, l'expulsion s'est faite par les voies naturelles, excepté dans le cas de Tschudy où la laparotomie a dû être pratiquée.

C'est presque toujours le sommet qui s'est présenté ; notons seulement l'observation de Von Ditter, dans laquelle la partie fœtale qui se présenta fut le siège.

D'après les observations recueillies, la marche du travail aurait présenté quelques difficultés.

En ce qui concerne la dilatation du col, il n'est à noter qu'un cas où elle n'ait pu s'effectuer normalement. Nous voulons parler du cas de Tschudy dans lequel l'utérus gravide avait été primitivement le siège d'nne hématométrie, qui avait été traitée par les moyens habituels.

Le col de cet utérus présentait, au moment du travail, une rigidité et une inextensibilité telles que malgré l'intensité des contractions, la dilatation restait toujours très petite et n'avançait nullement. C'est alors que, craignant une rupture utérine, Tschudy, fut obligé de pratiquer l'opération de Porro.

Au moment de l'expulsion, les causes de dystocie ne sont pas rares ; elles peuvent être ramenées à deux principales :

1° la gêne qu'apporte l'utérus non gravide augmenté de volume et en rétroversion ;

2° la gêne apportée par la cloison qui résiste au moment de l'expulsion.

Dans le premier cas, l'utérus vide joue, vis-à-vis de l'utérus gravide, le rôle que jouerait une tumeur enclavée dans le petit bassin, un fibrome ou un kyste de l'ovaire, par exemple.

L'obstacle de l'utérus vide en rétroversion a été souvent assez considérable, pour nécessiter une application de forceps, ou la version (obs. de Bénicke et Holzabfel).

Dans le second cas, l'accouchement spontané a eu lieu après réduction de la rétrodéviation de l'utérus vide. (Obs. de Las Casas dos Santos). Enfin, dans un autre cas (Obs. de Tauffer), l'accouchement a pu se terminer seul sans manœuvre d'aucune sorte.

Les cas dans lesquels la cloison constitue le seul obstacle à l'accouchement ne sont également pas rares.

Nous citerons l'observation de Stauch, où la section de la cloison a été absolument nécessaire, le cas de Rossa où la tête, s'engageant dans un vagin rudimentaire, a produit l'éclatement de la cloison pour pouvoir se dégager ; mais assez souvent, la cloison cède et se déchire sous les seuls efforts d'expulsion, comme dans le cas de Von Ditter, par exemple.

Pendant le travail l'utérus vide subit également, à son tour, des modifications diverses. Nous avons déjà vu l'augmentation de volume pendant la grossesse, augmentation qui porte sur toutes ses couches, c'est-à-dire aussi bien sur la couche muqueuse que sur la couche musculaire. En outre, le col de l'utérus vide se ramollit et s'efface en partie et se dilate même à tel point que, pendant le toucher, il est facile d'entrer dans la cavité utérine.

Cette synergie fonctionnelle, qui réunit au point de vue physiologique ces deux utérus, se manifeste encore par l'existence de véritables contractions musculaires dont l'utérus vide est le siège. Il s'ébauche donc un véritable travail dans l'utérus vide, ce dernier devenant dur et résistant pendant les contractions utérines.

C'est surtout dans l'observation que nous avons recueillie à la Maternité que ce fait a été bien constaté. Il est regrettable que nous n'ayons pu trouver d'observations dans lesquelles la grossesse gémellaire ait évolué jusqu'à terme, car il est à présumer que dans ces cas, les difficultés rencontrées au moment de l'accouchement eussent été considérables, si on en juge par celles qu'ont présenté les grossesses gémellaires dans d'autres variétés de malformations utérines.

**Délivrance et suites de couches.** — Dans le nombre de

nos observations, deux fois on dut pratiquer la délivrance artificielle (cas de Rossa et de Benicke), le placenta restant sans se décoller dans la cavité utérine.

Les suites de couches sont normales en général, pourtant elles pourraient présenter quelques complications, étant donnée la fréquence relative de la dystocie dans l'utérus didelphe.

Pendant les jours qui suivent l'accouchement, l'utérus non gravide subit les phénomènes d'évolution utérine comme l'utérus gravide ; et, tandis que des modifications s'accomplissent du côté de la musculature, la muqueuse de l'organe se détache et tombe comme une caduque ; ce phénomène a été surtout relevé dans les observations, entre autres, dans l'observation de Strauch et dans l'observation de Tauffer.

(*A suivre.*)

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

CINQUIÈME SESSION TENUE DU 22 AU 24 AVRIL 1897

(*Suite.*)

### DES FIBROMES PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT (*suite*).

On sait, à peu de choses près, ce que l'on peut attendre d'une grossesse ectopique : l'hémorragie interne, l'hématocèle rétro- ou para-utérine, et, enfin de compte, la mort du fœtus et une opération abdominale des plus compliquées pour finir, tandis qu'on ne sait pas *a priori* comment vont évoluer les fibromes au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Mais, pour répondre en toute conscience à la question de principe posée, établissons-en le bilan et disons d'ores et déjà qu'il ne s'agit pas dans l'espèce d'utérus très volumineux provoquant des accidents de compression et remontant par leur seule présence bien au-dessus du détroit supérieur et justiciables ceux-là d'une opération sans discussion : nous parlons de ces utérus fibromateux à propos desquels s'est élevée déjà dans nos Congrès la discussion de l'opportunité de l'extirpation, de ces tumeurs qui ne

gênent en aucune façon le fonctionnement des organes pelviens et ne provoquent pas de douleur.

Lorsqu'une grossesse survient dans un utérus fibromateux de ce genre, qui jusqu'ici n'a pas provoqué d'accidents bien appréciables, quels risques courons-nous et quelles chances de succès avons-nous ?

D'une part, des risques d'avortement, d'hémorragies, d'accouchement prématuré, de positions vicieuses de l'enfant, de placenta prævia, de dystocie par accroissement excessif des tumeurs, soit du côté du vagin, du segment inférieur, de la paroi postérieure ou antérieure de l'utérus, etc., de dégénérescences diverses, déjà citées, de compressions graves sur les organes pelviens ou abdominaux, d'ascite, etc., et les risques de ces divers accidents combinés à ceux qui accompagnent ordinairement la mort prématurée du fœtus.

D'autre part, nous avons les chances de voir les tumeurs suivre les modifications physiologiques du tissu utérin normal et fonctionner au moment opportun comme tel, de pratiquer le curettage en cas d'avortement, de voir évoluer la grossesse avec peu ou pas d'accidents jusqu'à terme, ou tout au moins jusqu'à viabilité du produit, de pouvoir opposer aux hémorragies les moyens habituels comme dans une grossesse quelconque, de réussir la version podalique ou l'extraction instrumentale appropriée aux circonstances anatomiques spéciales qui se présentent, de faire comme cela a été fait maintes fois avec succès, à savoir une extirpation partielle par la voie abdominale ou vaginale d'une ou plusieurs tumeurs, causes de dystocie, et cela préalablement à l'accouchement à terme ; enfin, il nous reste encore, pour les cas les plus graves de dégénérescence maligne ou de développement excessif avec putréfaction du fœtus ou toute autre combinaison, l'extirpation totale par l'une ou l'autre voie.

Si donc on pose la question de principe à propos de fibromes utérins qui n'appellent, pas d'emblée une intervention absolument nécessaire, nous voyons, d'un côté, toute une série de chances d'obtenir une grossesse favorable à terme ou à peu près ; nous conservons nos moyens d'action pour enrayer facilement les accidents qui interrompent cette grossesse ou qui accompagnent l'avortement, et nous gardons, comme dernière ressource, l'extir-

pation totale qui semble n'être pas plus grave parce qu'elle est compliquée de gradivité (1).

Si nous opérons d'emblée, au contraire, nous évitons les accidents ultérieurs, mais au prix d'une mutilation qu'il n'est pas possible de considérer *à priori* comme justifiée.

Quel que soit donc le pourcentage des avortements dans les cas de fibrome, quel que soit celui des accidents qui surviennent au cours de la gestation, s'il est démontré que l'accouchement peut se produire et donner naissance à un enfant vivant, il faut répondre « non » à la question posée.

A moins de circonstances spéciales et qui d'avance font pronostiquer l'impossibilité de la gestation ou de l'accouchement, l'expectation armée semble être la règle de conduite à conseiller.

Il y a 15 ans, on n'aurait pu formuler une telle ligne de conduite parce qu'il n'était pas possible à cette époque d'opposer aux accidents de la grossesse avec fibromes utérins une thérapeutique suffisamment efficace. Ce n'était pas seulement le fœtus dont la vie était compromise, mais celle de la mère.

Ajourd'hui celle de la mère est à peu d'exception près assurée ; celle du fœtus, bien qu'encore aléatoire, bénéficie cependant des connaissances nouvelles acquises en physiologie pathologique de l'utérus et surtout de la technique instrumentale de l'accouchement dystocique.

Le curettage de la matrice, opération à la portée de tous les chirurgiens, semble à lui seul avoir enlevé aux fibromes utérins, compliqués de grossesse la plus grande partie de leur gravité.

Les nouveaux traitements de l'hémorragie grave par les injections hypodermiques et intra-veineuses de serum artificiel y ont puissamment contribué.

La conduite à tenir, bien réglée aujourd'hui dans les cas de placenta prævia, fait également envisager la question sous un jour moins sombre ; les manœuvres externes et internes de réduction de l'utérus sont devenues plus précises, et mieux connues de la généralité des accoucheurs, ainsi que celle de l'expression manuelle du placenta, de la dilatation forcée du col, de la périnéotomie, de l'épisiotomie ; les moyens d'extraction difficiles du

(1) Lauwers, de Courtrai, a publié en 1892 (*Bulletin de la Société belge de gynécologie*) une série intéressante d'interventions graves de ce genre suivies de guérison.

fœtus se sont également améliorés par l'emploi de forceps appropriés, notamment de celui de Tarnier qui s'adapte aux filières pelviennes les plus déviées, de celui de Farabeuf, si un fibrome donne une configuration oblique au petit bassin ; la symphyséotomie et l'ischio-pubiotomie de leur côté trouvent une heureuse application pour agrandir les diamètres altérés par un fibrome.

Enfin, l'éducation récemment acquise des opérations de myomotomie abdominale et vaginale et les beaux résultats obtenus viennent renforcer encore notre confiance dans les cas les plus complexes de fibromes utérins et développer en nous cette idée que, dans l'état actuel de la gynécologie et de l'obstétrique, il n'est pas permis de considérer les fibromyomes compliqués de grossesse comme des tumeurs à extiper toujours et quand même, puisque nous possédons de nombreux moyens de solliciter une évolution relativement normale de cette gestation pathologique et de parer à presque tous les accidents qu'elle peut engendrer.

J'ai énuméré la plupart des accidents qui surviennent au cours de la grossesse fibromateuse, soit par le fait des fibromes sur le développement de l'œuf, et j'ai parlé des moyens thérapeutiques dont nous disposons aujourd'hui pour sauver tout au moins la mère si pas toujours l'enfant.

Permettez-moi de préciser les indications de ces moyens.

Si nous examinons les statistiques dressées par notre collègue Lefour (1) nous voyons que sur 227 cas de grossesse avec fibromes on a pu observer 39 avortements, soit 1 avortement sur 5.8 grossesses.

Ceci suppose, certainement, un grand nombre de rétentions placentaires. Cette complication est déjà si fréquente, l'utérus étant normal, *a fortiori* l'est-elle, lorsque les parois utérines n'offrent pas l'intégrité anatomique requise.

Or, si la rétention placentaire ordinaire est une indication du curettage aujourd'hui admise par presque tous, je pense qu'elle doit rallier tous les chirurgiens lorsqu'il existe des tumeurs fibreuses de la paroi utérine. Pourquoi ? Parce que l'endométrite chronique accompagne fréquemment les fibromes utérins ; parce qu'elle, seule, peut avoir été la cause de l'avortement ; parce que le curettage a une influence souvent des plus heureuses sur la tendance aux hémorrhagies ; enfin, parce qu'il met l'utérus à

(1) Lefour, thèse d'agrégation, Paris, 1880.

l'abri d'une infection saprophytique ou microbienne, d'autant plus à craindre qu'on se trouve en présence de néoplasmes plus ou moins bien vascularisés, à tendance dégénérative, à résistance faible ou nulle.

Si donc dans les conditions anatomiques ordinaires on temporise au début en sollicitant l'évacuation utérine spontanée avant d'opérer dans les cas de fibromes, je ne puis que conseiller l'évidement immédiat par une curette plutôt tranchante que mousse montée sur un long manche flexible qui puisse atteindre la cavité utérine située parfois très haut et en dehors de la ligne médiane.

Les résultats pratiques immédiats de cette conduite, dans tous les cas d'avortements, suivis de rétention placentaire, seront : l'absence de toute infection, la possibilité d'une participation régressive physiologique de la part de tout l'utérus, fibrome et tissu utérin normal, et la meilleure garantie contre les hémorragies.

La disposition aux suintements sanguins, aux hémorragies, est très grande dans les cas de fibromes compliquant la grossesse. Les moyens médicaux dont nous disposons contre elles se trouvent limités dans une diététique appropriée, le repos absolu et surtout l'usage de substances qui, comme l'hydrastinine, sont incapables d'amener une contraction expulsive de l'utérus, mais une action vaso-constrictive légère et suffisante pour éviter le décollement progressif de l'œuf.

La curette reprend ses droits dès que la situation du fœtus semble perdue, c'est-à-dire que l'hémorragie est devenue abondante ; il ne s'agit pas de tenter alors l'hypodermoclyse ou l'injection intra-veineuse de serum artificiel ; cette manœuvre n'est indiquée que lorsque l'utérus est complètement vidé et qu'il n'a pu récupérer sous la curette et le tamponnement ses propres moyens de contraction musculaire et vasculaire. Il ne faut pas perdre de vue que la transfusion veineuse agit sur les centres médullaires de contraction (1).

Les indications de l'accouchement prématuré dans les grossesses fibromateuses sont les mêmes que dans les cas de bassin vicié. Mais il est plus facile de mesurer les diamètres d'un bassin osseux

(1) Keiffer. Recherches sur la physiologie de l'utérus. Bruxelles, Lamertin, 1896.

dystocique que de supputer ceux laissés par un utérus garni de fibromes, soumis à des variations d'épaisseur, de ramollissement, d'effacement, d'ascension des tumeurs vers le fond de l'organe. Rien de bien précis donc à cet égard ; mais s'il existe vers 7 mois 1/2 et 8 mois un fibrome mural ou vers le Douglas, et si l'on pressent par le toucher une sérieuse diminution des diamètres, il faut songer, suivant l'importance du rétrécissement, à l'accouchement prématuré, avec ou sans application de forceps, à la symphyséotomie, voire même à l'embryotomie si le fœtus a succombé. S'il arrive que la femme est presque à terme au moment du premier examen et qu'au toucher on reconnaisse l'absolue impossibilité de terminer l'accouchement par les voies naturelles, il faut attendre que le travail s'établisse et faire l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.

Les indications de l'application de forceps et celles de la version podalique dans les rétrécissements dus aux fibromes sont imposées, lorsque leur emploi est justifié, par la présentation fœtale d'abord et surtout par l'état de la dilatation du col. Il se fait précisément que la dystocie empêche le travail de dilatation cervicale régulière et progressive de se produire, ce qui appelle plutôt la version que tout autre procédé d'extraction, puisqu'elle utilise, somme toute, un moyen direct de dilatation. L'application de forceps sur la tête dernière sera sans doute nécessaire dans ces conditions, les fibromes utérins du fond ou des parois s'opposant à l'exécution heureuse de la manœuvre de Mauriceau.

L'extirpation d'un fibrome par la laparotomie ou opération vaginale paraît bien indiquée quand la tumeur est sous-péritonéale, suffisamment accessible et pédiculée pour ne pas compromettre de suite la valeur des tuniques musculaires de l'utérus et lorsque cette tumeur est considérée comme devant former le seul obstacle à l'accouchement.

L'épisiotomie trouvera sa place lorsque le col utérin sera le siège d'une transformation fibreuse locale ou diffuse de ses éléments musculaires circulaires ou radiés. La périnéotomie, plus rarement applicable, trouvera cependant une indication utile lorsque le vagin ou le périnée eux-mêmes opposeront à l'extraction fœtale des néoplasies fibreuses.

Les pelvitomies pubiennes ou ischio-pubiennes me paraissent surtout indiquées lorsque le siège de la tumeur ou des tumeurs

est au segment inférieur de l'utérus. En ce point les diamètres osseux pourront être suffisamment réduits par l'épaisseur des parois utérines pour réaliser les conditions favorables d'une intervention sur le bassin et trop peu altérés pour qu'on songe à faire prévaloir l'opération césarienne.

Enfin l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes, pratiquée sous forme d'amputation utéro-ovarique de Porro ou suivant des procédés plus radicaux, par les voies abdomino-vaginales ou inversement, sont nettement indiquées : 1° lorsque les tumeurs fibreuses sont déjà dignes de cette extirpation indépendamment de toute complication de grossesse ; 2° lorsque, la grossese s'étant produite et arrêtée, les tumeurs occupent une situation qui rend tout accouchement impossible ; 3° lorsqu'il y a de sérieuses présomptions de dégénérescence des tumeurs fibreuses ou de suppuration et d'infection consécutives à une rétention placentaire ; 4° enfin après l'opération césarienne limitée par des tumeurs fibreuses.

Comme on le voit, les combinaisons les plus variables peuvent se présenter et exiger de la part du praticien autant de science obstétricale que chirurgicale.

Aucune question ne s'adresse mieux aux accoucheurs et aux gynécologues réunis ; mais un tempérament différent entraîne les uns et les autres dans une spécialisation trop tranchée de la génitologie féminine et cela aux dépens des décisions à prendre précisément dans les cas de fibromes avec grossesse. L'accoucheur courra les risques d'une grossesse dans l'espoir de récolter un produit vivant ; le gynécologue moderne fera valoir, au contraire, les risques encourus et la rareté d'une naissance favorable.

Ces divergences de vue ne montrent-elles pas tout le danger qu'il y a à être deux pour décider de la conduite à tenir dans les circonstances que je viens d'énumérer? Une juste appréciation des périls et des chances qu'il a à laisser évoluer une grossesse fibromateuse doit émaner d'un seul et même cerveau chez lequel le tempérament chirurgical est tempéré par une connaissance approfondie de l'évolution de l'organisme et le désir d'en solliciter les moindres phénomènes utiles. — A. Schwab.

---

*Séance du 22 avril (soir).*

DES FIBROMES PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

M. Fochier, de Lyon. Le diagnostic de la grossesse compliquée de fibromes dans les premiers mois n'est pas toujours chose aisée, et nombreuses sont les erreurs de diagnostic qu'ont commises les chirurgiens en enlevant des utérus fibromateux qu'ils croyaient vides et qui en réalité étaient gravides.

La grossesse, en effet, coïncide souvent avec des fibromes et elle risque de passer inaperçue, surtout avec des gynécologues opérateurs.

Pour ma part, j'ai connaissance d'au moins 20 à 30 cas dans lesquels la grossesse a été ainsi méconnue dans des utérus atteints de fibromes.

Dans le cas suivant j'ai commis moi-même cette erreur. Il s'agit d'une jeune fille phtisique, présentant des vomissements graves, presque incoercibles. Ces vomissements n'avaient nullement le caractère des vomissements péritonéaux. Malgré cela, comme ils existaient chez une malade tuberculeuse, et que l'attention n'était pas appelée du côté d'une grossesse possible, on les attribua à une irritation péritonéale.

Mais la malade, de plus, présentait des tumeurs abdominales dures, inégales à gauche ; à droite, il existait au contraire une tumeur fluctuante.

Il y avait, de plus, de la douleur, de l'ascite.

Je fis le diagnostic de sarcome de l'ovaire, avec kyste accessoire.

Les douleurs abdominales étant très vives, je me décidai à faire la laparotomie.

Le ventre étant ouvert, on trouva des tumeurs fibreuses utérines se prolongeant dans le ligament large, et je fis l'hystérectomie totale.

Or, en incisant l'utérus, je trouvai un fœtus de 4 mois.

Il faut donc se méfier quand on trouve une tumeur fluctuante, dans le premier mois de la grossesse, coïncidant avec un fibrome de l'utérus. Le fibrome de l'utérus modifie, en effet, complètement la consistance de la paroi utérine non occupée par le fibrome et lui donne une consistance molle telle qu'on perçoit la fluctuation au palper.

Cette fluctuation remplace la rénitence normale d'un utérus gravide non fibromateux.

Donc, quand on trouve, en même temps qu'un utérus fibromateux un peu gros, une partie de cet utérus fluctuante, il faut songer immédiatement à la coïncidence d'une grossesse avec le fibrome.

Quelles sont maintenant les interventions que nous pouvons diriger contre la grossesse compliquée de fibrome ?

Pour ma part, je suis intervenu dans 3 cas de ce genre, dès le début de la grossesse.

Dans 2 cas, il y avait incarcération manifeste. Une fois, j'ai fait l'hystérectomie totale, malgré l'existence de la grossesse et la malade a guéri ; la malade, en effet, était mourante et l'avortement provoqué n'était pas de mise. Cet avortement provoqué, en effet, est plus grave que l'hystérectomie totale.

Dans le deuxième cas, l'incarcération coïncidait avec une rétention totale d'urine. Je proposai l'avortement provoqué et on commença cet avortement au moyen d'éponges préparées.

Mais en même temps qu'on plaçait des éponges dans le col, on pratiquait régulièrement le cathétérisme de la vessie. Or, sous l'influence de cette évacuation de la vessie surtout, et accessoirement grâce aux contractions utérines provoquées par les éponges dans le col, l'utérus remonta dans l'abdomen et la rétroversion se réduisit spontanément. Une fois l'incarcération levée, le commencement d'avortement s'arrêta et la grossesse alla jusqu'à terme. L'accouchement fut normal.

Toutes les fois donc qu'il y a incarcération de l'utérus, avec rétention d'urine, il ne faut jamais manquer de vider la vessie avec soin.

Il arrive souvent, dans le cas de fibrome de l'utérus, qu'on avait tout préparé pour faire l'opération césarienne pendant le travail. Or, à mesure que le travail avance, on peut assister à l'ascension du fibrome, et l'accouchement se fait spontanément. D'autres fois, il est possible, pendant le travail, de refouler le fibrome dans l'abodmen.

Etant donnés ces faits d'ascension des fibromes, il faut protester contre les tendances trop opératoires de quelques accoucheurs.

Cependant les fibromes de l'utérus nécessitent de temps à autre une intervention sérieuse.

Quelquefois, si on peut observer les malades depuis le début de la grossesse, on peut, en notant exactement le point d'implantation de la tumeur, prévoir si, au moment du travail, le fibrome remontera ou non. Si le point d'implantation a lieu au-dessus de l'orifice interne, le fibrome a beaucoup de chance de remonter. Si, au contraire, le fibrome s'insère sur la lèvre postérieure du col, il restera le plus souvent enclavé dans l'excavation.

Dans les cas où l'ascension du fibrome ne se fait pas, et où l'accouchement ne peut se terminer par les voies naturelles, il faut faire la césarienne ; et pour opérer il ne faut pas trop tarder.

Quand une opération sanglante abdominale est indiquée, quelle méthode faut-il choisir, de l'opération césarienne conservatrice, ou du Porro, ou de l'hystérectomie totale ?

Le choix dépend évidemment de chaque cas particulier.

Quand la malade est épuisée, il faut choisir le minimum opératoire possible : la section césariennne simple d'abord, puis le Porro.

Le Porro est quelquefois facile, souvent difficile, car, si le fibrome descend dans le ligament large, le tube élastique n'est pas facile à poser.

Quand le Porro est impraticable, on se contentera de faire la césarienne simple, avec ablation simultanée des deux ovaires.

L'hytérectomie totale est d'une exécution difficile ; l'hémorragie est souvent abondante.

En somme, dans le traitement de la grossesse compliquée de fibromes, il n'y a pas de formule absolue. Suivant les cas et les facilités opératoires, on fera la section césarienne conservatrice ou le Porro ou l'hystérectomie totale.

Cette dernière peut être pratiquée d'ailleurs dans un deuixème temps, lors des suites de couches.

---

### 3 OPÉRATIONS CÉSARIENNES SUIVIES DE SUCCÈS, DONT UNE OPÉRATION DE PORRO POUR VOLUMINEUX FIBROME INTRA-LIGAMENTEUX.

M. Adenot, de Lyon. Nous avons fait 3 opérations césariennes. Nous résumerons brièvement nos 2 premiers cas.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 37 ans ayant eu 6 grossesses antérieures normales.

Dès le début de la septième grossesse, elle ressentit des dou-

leurs ostéo-musculaires persistantes et progressives, rendant rapidement la marche impossible. Les membres et le tronc se déformèrent rapidement. Au moment de l'accouchement à terme, on trouve un bassin ostéomalacique typique permettant à peine l'introduction de l'index.

Nous faisons alors l'opération césarienne conservatrice et obtenons un enfant de 3 kilogr. 700. Nous ne fîmes pas l'ablation des ovaires.

Après l'opération, la malade se rétablit rapidement et reprenait sa vie habituelle.

Dans le deuxième cas, l'opération césarienne s'adressa à une femme de 36 ans, rachitique.

Le bassin mesurait de 6 centimètres à 6 centimètres et demi avec rétrécissement du détroit inférieur.

Je préférai l'opération césarienne à la symphyséotomie même avant terme, celle-ci ne me paraissant pas dans ce cas un moyen sûrement inoffensif pour l'enfant. Nous retirâmes un enfant vivant de 2 kilogr. 700. Suites simples.

Dans le troisième cas enfin, il s'agit d'une femme de 33 ans qui avait eu un premier accouchement terminé par un forceps au détroit supérieur, un deuxième accouchement terminé par une craniotomie.

Dès la première grossesse on avait diagnostiqué un fibrome. Nous voyons la malade lors d'une troisième grossesse, mais au moment seulement du travail.

Examen : présentation en S. I. D. T., tête dans l'hypocondre gauche, enfant vivant. Par le toucher : tumeur solide, élastique, barrant l'accès du sacrum ; col presque inaccessible derrière la symphyse et comprimé contre cette symphyse. Partie fœtale non engagée.

Par le toucher rectal : tumeur dans la cavité de Douglas, fixée, enclavée, adhérente. Des tentatives de refoulement restent infructueuses.

L'opération césarienne est décidée et pratiquée classiquement. On retire un enfant vigoureux de 3 kilogr. 200, vivant.

Un fibrome gros comme le point existe en arrière de l'utérus, saillant sous le péritoine. Un second fibrome profond siège dans l'épaisseur des ligaments larges.

Nous faisons alors une opération de Porro : on voit alors nette-

ment le deuxième fibrome profondément inclus dans le ligament large. Cette tumeur empêchait le placement de la ligature élastique et nous dûmes pour pouvoir finir l'opération faire la décortication de ce fibrome intra-ligamenteux. Cette décortication est difficile en haut. On dut laisser la portion corticale du fibrome adhérente au péritoine.

La poche vidée du fibrome est marsupialisée.

On put terminer alors l'opération de Porro.

Les suites opératoires sont parfaites. Dès le neuvième jour on fait le traitement du pédicule d'après le procédé d'évidement de M. Pollosson.

Le malade partit complètement guérie 3 semaines après l'opération.

Les fibromes sous-péritonéaux compliqués de grossesse et justiciables d'une intervention abdominale pour cause de dystocie peuvent être mobiles ou adhérents. L'opération de Porro est dans les 2 cas l'intervention de choix.

Cette opération supprime du même coup les tumeurs et l'indication apparaît ordinairement évidente.

Dans les fibromes intra-ligamenteux ou adhérents, le Porro semble aussi préférable. Indépendamment des circonstances opératoires qui dans notre cas nous ont forcé la main, l'opération de Porro a en outre l'avantage d'éviter sûrement les complications de rétention des lochies, accidents à redouter dans la section césarienne conservatrice.

La compression contre la symphyse du col utérin par la tumeur dans notre cas, eût rendu le drainage difficile et eût exposé la suture à des accidents.

Dans notre observation, nous avons pratiqué dans un deuxième temps l'extirpation du fibrome intra-ligamenteux en raison de l'impossibilité de compléter à notre convenance l'opération de Porro commencée. Il est vrai que ces fibromes pouvant diminuer après l'accouchement, leur extirpation ne paraît pas indispensable. Mais dans notre cas, la tumeur ayant été 2 fois une cause de dystocie, il était indiqué d'en faire l'ablation.

M. Maygrier. La troisième observation de M. Adenot est très intéressante : c'est un nouveau fait d'opération de Porro pour fibrome de l'utérus à ajouter aux quelques faits qui existent déjà dans la science.

Pour ce qui est des différents modes de traitement applicables aux grossesses compliquées de fibromes pendant le travail, quand l'intervention opératoire est nettement indiquée, c'est-à-dire quand l'accouchement par les voies naturelles est impossible, le résultat est variable suivant les opérations qu'on emploie.

Trois opérations sont en présence, pendant le travail, quand on ne peut extraire le fœtus par le vagin : l'opération césarienne conservatrice, l'opération de Porro, et l'ablation totale de l'utérus.

L'opération césarienne simple est le minimum opératoire. Elle devrait donc offrir le minimum de dangers. Malgré cela les résultats de cette opération tels qu'ils ressortent des statistiques sont peu encourageants.

Du temps de Lefour, la mortalité dans les cas de fibrome s'élevait à 81 pour 100. En 1886, Pestalozza donne une statistique meilleure : la mortalité est tombée à 66 pour 100. En 1895, dans un mémoire, Apfelstedt trouve encore une mortalité de 50 pour 100.

Voyons maintenant la mortalité, dans l'opération de Porro appliquée aux fibromes :

Quand on commença à faire cette opération, les résultats étaient désastreux. Pestalozza, plus tard, donne une mortalité de 50 pour 100 ; Apfelstedt, en 1895, donne une mortalité de 20 pour 100 seulement.

Donc actuellement, les résultats du Porro pour les mères sont supérieurs dans les grossesses compliquées de fibromes à ceux fournis par la césarienne simple. Le Porro semble donc préférable.

Quant à l'hystérectomie totale, elle n'a été faite que 3 fois pour fibromes, pendant le travail, avec 3 succès. Ces observations sont dues à MM. Guermonprez, Mouchet, de Sens, Varnier et Delbet (1896).

Donc, au point de vue du pronostic, la césarienne simple est l'opération la plus grave, le Porro vient en second lieu. L'hystérectomie totale donnerait les meilleurs résultats.

Dans quelques cas, quand l'utérus n'est pas infecté, on peut faire l'opération césarienne, puis y ajouter la ligature des trompes et celle des vaisseaux utéro-ovariens.

MM. Budin et Bouilly ont fait une opération de ce genre qui stérilise les femmes et peut amener la régression du fibrome.

M. Guéniot. Dès 1865, je me suis donc occupé de la question des fibromes compliquant la grossesse, et depuis cette époque je m'y suis intéressé.

Au cours de la grossesse, les fibromes subissent souvent la régression graisseuse. C'est souvent là un mode de guérison.

Ces dégénérescences, graisseuses ou calcaires, du fibrome pendant la grossesse, loin d'être une circonstance défavorable, sont plutôt providentielles.

M. Grunfeld, de Montpellier. Il y a dans le rapport de M. Keiffer un point qui me semble discutable.

M. Keiffer préconise la symphyséotomie ou l'ischio-pubiotomie dans certains cas de fibrome.

Mais, pour que ces opérations fussent indiquées, il faudrait que le fibrome fût prævia. Or un fibrome prævia siège forcément sur le segment inférieur. Il indure donc toute la partie inférieure de l'utérus et le vagin ; et c'est cette induration des parties molles de l'excavation qui s'oppose à la dilatation de l'utérus et à la sortie du fœtus. Mais la symphyséotomie qui élargit bien le bassin osseux n'a aucune action sur le segment inférieur qu'elle ne saurait agrandir.

J'ai observé pour ma part aussi quelques fibromes, pendant la grossesse, et suis intervenu de façons différentes.

Il y a 2 ans, chez une cardiaque atteinte d'un utérus fibromateux gravide, j'ai provoqué l'avortement à 3 mois. L'avortement a été fait à la curette. Tout s'est bien passé.

Dans un autre cas, j'ai observé un fibrome qui était resté méconnu pendant la grossesse et l'accouchement. Mais, après la délivrance, il était survenu une hémorragie grave. On amena la malade dans mon service ; le médecin de la ville croyait à une détention cotylédonaire.

Or, par le toucher intra-utérin, je trouvai un fibrome implanté sur la paroi postérieure de l'utérus. On fit le tamponnement. Le fibrome se résorba petit à petit, sans qu'on ait besoin de faire une opération.

Dans un autre cas, enfin, j'observai un fibrome de l'excavation chez une femme enceinte. Je crus pouvoir temporiser jusqu'à terme, escomptant l'ascension du fibrome. Or, à terme, je dus faire l'opération césarienne et la malade succomba.

M. Maygrier. Dans un cas, M. Lepage fit avec succès la symphyséotomie pour fibrome obturant l'excavation.

Dans un autre cas de fibrome volumineux de l'excavation, je fis moi aussi la symphyséotomie. Mais celle-ci ne me donna pas une voie suffisante pour l'extraction du fœtus et je dus faire la basiotripsie.

Il ne faut pas cependant, comme le voudrait M. Grünfeld, frapper la symphyséotomie d'un ostracisme complet dans le traitement des fibromes compliquant la grossesse. Quand la tumeur est localisée en un point du segment inférieur, la symphyséotomie peut donner un large espace.

M. Budin. La question des fibromes compliquant la grossesse est très vaste. Je veux insister seulement sur quelques points.

M. Fochier a très bien dit qu'il n'y avait pas de formule absolue applicable à tous les cas de fibromes.

Quoi qu'il en soit, la meilleure ligne de conduite, pendant la grossesse, semble être la suivante : attendre, en surveillant de près la femme.

Si, en effet, on relevait d'un côté tous les cas de fibromes compliquant la grossesse, et de l'autre tous les cas d'opérations graves nécessitées par ces fibromes, on verrait combien peu sont nombreux ces faits d'interventions. Ce qui montre que l'accouchement se fait le plus souvent avec un minimum d'intervention.

Pour ma part, je ne me rappelle qu'un cas où l'opération césarienne ait été nécessaire.

L'expectation me semble donc la conduite de choix pendant la grossesse et au début du travail.

Dans un cas, chez une jeune fille il existait des fibromes multiples remplissant l'excavation. Cette jeune fille voulait absolument avoir un enfant vivant. On pensait donc faire une opération césarienne. Or cette malade accoucha spontanément. Et depuis elle a eu d'autres accouchements normaux.

Un autre point, sur lequel je veux insister c'est la difficulté du diagnostic, pendant la grossesse, entre les fibromes et les tumeurs liquides. En effet, le fibrome se ramollit d'une façon extraordinaire. On pense alors souvent à un kyste de l'ovaire.

Quant à la meilleure conduite à tenir, pendant le travail, quand l'accouchement par les voies naturelles est impossible, il

faut, dans son choix, se guider sur les indications résultant de chaque cas particulier. Les statistiques, en pareille matière, ont peu d'importance.

Pour ma part, je préfère commencer toujours par l'opération la plus simple, la section césarienne conservatrice, quitte à faire en plus la ligature des trompes et des vaisseaux utérins.

M. Charpentier. Je crois, comme M. Keiffer, que la symphyséotomie peut dans quelques cas donner une voie suffisante pour permettre l'accouchement par les voies naturelles. Et cela surtout dans les cas de fibrome méconnu, quand le bassin osseux est normal et qu'il y a une dystocie extrême dont on ne voit pas la cause.

J'ai observé 2 cas de fibrome méconnu, où l'on a dû faire la céphalotripsie, l'accouchement étant absolument impossible. Les femmes succombèrent.

A l'autopsie on trouva la cause de la dystocie : il s'agissait de fibromes implantés sur la paroi postérieure de l'utérus.

Je suis persuadé que, dans ces cas, la symphyséotomie eût été utile.

M. Grünfeld. Pour que la symphyséotomie dans ces cas puisse être utile, il faut que le fibrome puissse venir se loger dans l'écartement interpubien obtenu par l'opération.

M. Boissard. En matière de fibrome, tout peut se voir. Il est difficile de prévoir l'issue de l'accouchement ; de petits fibromes peuvent créer des obstacles insurmontables, alors que de gros fibromes peuvent ne donner lieu à aucune dystocie.

Témoins le fait suivant :

Il s'agit d'une femme enceinte ayant un fibrome remplissant complètement l'excavation pelvienne.

Je vois la malade avec M. Bouilly. On se décide à faire l'avortement provoqué, le mari refusant l'opération césarienne à terme. Or, avant de faire l'avortement, je voulus pratiquer un examen sous le chloroforme. En introduisant alors toute la main dans le vagin, je pus rétropulser le fibrome vers l'abdomen. Et le fibrome de pelvien devint et resta abdominal. La grossesse alla à terme, et la femme accoucha d'un enfant vivant.

M. Guéniot. Dès 1867, j'ai appelé l'attention sur ces faits d'ascension du fibrome, pendant la grossesse ou le travail.

Dans un cas, que je vis avec Depaul et M. Tarnier, le fibrome

était si volumineux qu'on se décida pour l'opération césarienne à terme. Or, dès le début du travail, le fibrome remonta, et l'accouchement se fit après une application de forceps.

Dans un deuxième cas de même un fibrome volumineux de l'excavation remonta pendant le travail.

Mais de ce qu'on ne peut refouler un fibrome pendant la grossesse, il ne s'ensuit pas du tout qu'au moment du travail ce fibrome ne puisse remonter spontanément. Pour pouvoir refouler en effet un fibrome pendant la grossesse, il faut qu'il ait un long pédicule. Un fibrome à pédicule court au contraire ne pourra être refoulé ; mais, au moment du travail, il remontera au fur et à mesure que la dilatation du col se prononce.

M. Keiffer. Les phénomènes physiologiques qui se passent dans l'utérus gravide, surtout vers la fin de la grossesse, produisent du côté du fibrome des modifications telles que le plus souvent l'accouchement se fera bien. Le ramollissement, l'ascension des fibromes, leur régression qui sont si fréquents, expliquent pourquoi il faut choisir, en général, une thérapeutique d'expectation.

Si, au moment du travail, le fibrome crée un obstacle insurmontable il sera toujours temps d'intervenir.

---

### DE L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET.

M. Schwab. Les accoucheurs, à l'heure actuelle, sont loin d'être d'accord sur la meilleure conduite qu'il convient de tenir en présence d'un avortement incomplet, c'est-à-dire quand, après l'expulsion du fœtus, l'arrière-faix est resté en totalité ou en partie dans la cavité utérine.

Les uns, s'appuyant sur l'innocuité fréquente de la rétention placentaire et sur les dangers des interventions, préconisent une thérapeutique d'expectation, aidée d'une antisepsie rigoureuse. Ils n'interviennent que s'il survient une complication, hémorragie ou infection.

Les autres, admettant que la rétention prolongée du placenta dans l'avortement est très souvent une source de dangers (hémorragie ou infection), veulent qu'on évacue l'utérus le plus

rapidement possible. Les moyens à employer sont les injections chaudes, le curage digital ou le curettage instrumental.

D'autres auteurs enfin, plus éclectiques, admettent que l'expectation antiseptique est de mise, à l'hopital surtout, ou en ville quand on peut surveiller incessamment la femme, quand l'antisepsie a été pratiquée depuis le début de l'avortement et que le col est refermé. Dans tous les autres cas, que la rétention soit ou non compliquée d'hémorragie ou d'infection, il faut débarrasser l'utérus, surtout si la femme n'a pas été soignée dès le début de l'avortement, si on a fait des touchers répétés ou des manœuvres intempestives, si le col est entr'ouvert et contient dans son intérieur une portion de placenta décollée.

Nous nous rangeons à l'avis de ces derniers auteurs.

Mais les moyens qu'on emploie d'ordinaire pour évacuer l'utérus, le curage digital ou le nettoyage instrumental, ne sont pas sans dangers ; ils ne sont pas toujours d'une exécution facile ; ils peuvent rester insuffisants, ou bien léser la paroi utérine.

Il serait donc utile de posséder un moyen plus innocent, quoique efficace, pour favoriser l'évacuation de l'utérus.

Les anciens accoucheurs croyaient posséder ce moyen dans l'emploi de l'ergot de seigle. Mais ce médicament est abandonné aujourd'hui à cause des inconvénients qu'il présente.

Mais l'ergot de seigle possède un succédané : le sulfate de quinine, qui, comme lui, agit sur la contractilité utérine, sans toutefois provoquer la contracture de l'organe.

Ayant déjà eu l'occasion, il y a quelques mois, d'expérimenter la quinine comme agent ocytocique dans l'inertie utérine à terme, nous avons songé à employer ce médicament pour favoriser l'expulsion de l'arrière du faix dans l'avortement. La quinine à ce point de vue a déjà été employée par M. Cordes, de Genève, avec succès.

Nous avons employé la quinine dans 7 cas de rétention placentaire post-abortive.

Donné à la dose de 1 gramme, en 2 cachets de 50 centigrammes pris à 10 minutes d'intervalle, le sulfate de quinine réveille les contractions utérines même dans un utérus gravide de quelques mois seulement.

Le sulfate de quinine est absolument inoffensif jamais il ne provoque la tétanisation du muscle utérus. Il ne risque donc pas

d'accroître les chances de rétention placentaire. La quinine, dans nos observations, a produit l'expulsion du placenta en moyenne en 4 h. 1/2 environ. L'action de la quinine a été manifeste dans ces cas ; car souvent elle a provoqué des contractions alors que le travail était arrêté depuis plusieurs jours déjà.

Il nous semble donc, étant donné d'une part que la quinine est inoffensive et d'autre part qu'elle agit souvent efficacement pour éveiller la contraction utérine, que l'administration de 1 gramme de quinine pourra toujours être essayée quand il y a rétention placentaire dans l'avortement, quitte, en cas d'échec, à recourir ultérieurement à une autre thérapeutique : expectation ou intervention active.

M. Cordes, de Genève. J'ai, pour ma part, au moins 40 observations dans lesquelles le sulfate de quinine m'a donné d'excellents résultats dans la rétention placentaire post-abortive. Je le prescris, dans ces cas, depuis de nombreuses années, avec un succès constant.

Évidemment quand il y a hémorragie grave ou infection établie, j'emploie une thérapeutique plus active.

La quinine agit manifestement sur la contraction utérine. Mais ce n'est pas seulement un ecbolique, c'est véritablement un « détachant » du placenta. Dans un cas de rétention placentaire prolongé, j'ai donné ainsi de la quinine ; or le placenta est sorti frais. Il avait donc été détaché tout récemment de la paroi utérine, sous l'influence de la quinine.

Dans un autre cas de rétention placentaire, on avait fait le curettage à cause des hémorragies. Or après le curettage, l'hémorragie persistait. Je donnai alors de la quinine et il sortit un gros fragment placentaire qui avait échappé à l'action de la curette.

Je donne la quinine à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour.

M. Guéniot. Le travail de M. Schwab est intéressant ; mais il aurait peut-être dû relater aussi les observations dans lesquelles la quinine a échoué, pour qu'on pût se faire une idée exacte de la valeur de la quinine comme agent ecbolique.

M. Budin. Les observations de M. Schwab sont intéressantes, et, pour ma part, je me propose d'essayer la quinine dans la rétention placentaire.

Je voudrais seulement faire quelques objections pour ce qui a

trait au traitement général de la rétention placentaire dans l'avortement.

Nous étions autrefois, M. Tarnier et moi, partisans de l'expectation. Mais, depuis 1886, nous avons un peu changé d'avis ; et, atuellement, je suis bien plus interventionniste. Je fais très fréquemment le curage digital, qui, lorsqu'il est bien exécuté, permet de faire une délivrance complète. Il faut toujours le pratiquer sous le chloroforme.

M. Maygrier. Quand M. Schwab a commencé à expérimenter la quinine dans mon service, j'étais, je l'avoue, assez sceptique. Mais j'ai pu observer des cas probants dans lesquels la quinine a manifestement réveillé les contractions utérines.

---

*Séance du 23 avril (matin).*

RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN. DIAMÈTRE PROMONTOPUBIEN MINIMUM : 7 CENTIMÈTRES. ACCOUCHEMENT A TERME. VERSION. ENFANT VIVANT.

M. Budin. Il s'agit d'une femme enceinte, arrivée à la Maternité à 7 mois de grossesse. Un premier accouchement s'était terminé par un forceps sur la tête dernière, après version effectuée pour procidence du cordon, le bassin étant d'ailleurs vicié.

Cette femme, revenue donc une deuxième fois à la Maternité, demanda à avoir un enfant vivant. On se décida alors à laisser la grossesse aller à terme pour faire à ce moment la symphyséotomie.

Mais au dernier moment, le mari s'opposa à cette opération et la femme elle-même ne voulut plus accepter la symphyséotomie. La femme à ce moment était à terme.

Les diamètres de son bassin étaient les suivants : le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 9 cent. 2 ; le promonto-pubien minimum, mesuré avec l'appareil de Crouzat, mesurait 7 cent. 1.

La femme entre en travail le 16 avril dernier. La dilatation est lente à se faire. Quand la dilatation est suffisamment grande, la tête n'ayant aucune tendance à se fixer ni à descendre, je fais la version. L'évolution de l'enfant est rendue un peu difficile par la contracture de l'anneau de Bandl. Je dois refouler la tête en glissant une main entre elle et le bord de l'anneau de contraction. L'évolution faite, l'extraction du fœtus se fait relativement facile-

ment ; la tête sort lentement et à frottement. On fait la manœuvre de Champetier de Ribes.

On retire ainsi un enfant vivant.

Les diamètres de la tête sont les suivants : diamètre Bi-P. 9 cent. 2 ; Bi-T. 7 cent. 8. L'enfant pèse 3 kilogr. 200.

Voilà donc un cas de bassin vicié ayant un diamètre utile de 7 centimètres seulement, dans lequel on a pu faire passer à terme un enfant vivant dont le diamètre Bi-P. mesure 9 cent. 2. On a fait la version parce que la tête était mobile, que la poche des eaux était intacte et que le bassin était relativement large sur les parties latérales.

M. Bué, de Lille. Nous possédons une observation semblable. Il s'agit d'un bassin dont le diamètre utile avait 7 cent. 3. On voulut attendre chez la femme le terme de la grossesse pour avoir un enfant vivant. Mais dès le début du travail il se produisit une procidence du cordon.

Je rejette alors la symphyséotomie pour faire la version à la dilatation complète et peux extraire un enfant vivant de 3 kilogr. 500.

Mais il s'agissait d'un rétrécissement annelé. Je crois que dans les rétrécissements canaliculés, la version échouerait.

---

### ICTÈRE GRAVE FATAL DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL.

M. Lop, de Marseille, rapporte l'observation d'une jeune Ipare arrivée à 7 mois et demi de grossesse. Jusqu'à ce moment elle a été bien portante et la grossesse a été normale.

Un jour elle reste exposée pendant quelques heures à la neige. Le lendemain éclate un frisson violent suivi d'ictère. Cette ictère se prononce rapidement et s'accompagne de troubles digestifs.

L'accouchement se fait prématurément.

Le sixième jour des suites de couches, l'ictère se fonce et tous les symptômes de l'ictère grave apparaissent (dyspnée, hémorragies, fièvre, délire). La femme succomba en 48 heures.

Il s'agit donc là d'un ictère grave d'emblée survenu pendant la grossesse et sans doute dû à l'influence réunie du froid et de la gravidité.

---

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ABDOMINALE SECONDAIRE, ENFANT VIVANT. LAPAROTOMIE AU HUITIÈME MOIS. MORT DE L'ENFANT LE MÊME JOUR ; MORT DE LA MÈRE 1 MOIS APRÈS, PAR INFECTION DUE A LA PUTRÉFACTION DU PLACENTA.

MM. Crouzat et Jeannel, de Toulouse. Il s'agit d'une femme de 32 ans, n'ayant pas d'antécédents pathologiques.

Elle devient enceinte vers le 8 juin 1896.

Vers le mois de juillet, elle éprouve tout à coup des coliques violentes, puis tout rentre dans l'ordre.

Vers la fin d'août, nouvelle crise de coliques, avec augmentation de volume du ventre. Le troisième jour de cet état, apparaissent des vomissements et une douleur abdominale vive. Ces phénomènes durent 15 jours, puis s'amendent.

Au commencement de novembre, elle perçoit des mouvements actifs du fœtus, s'accompagnant de douleurs abdominales vives.

Nous la voyons à ce moment : il s'agissait nettement d'une grossesse abdominale secondaire.

L'état est le suivant : facies péritonéal ; douleurs vives dans le ventre pendant les mouvements actifs du fœtus ; ictère ; volume du ventre comme à 8 mois de grossesse. Au palper : excavation vide. Fœtus haut situé dans l'abdomen ; le siège est en bas, la tête vers les fausses côtes est immobilisable. Enfant vivant. L'utérus est sur la gauche du kyste fœtal. Entre cet utérus et le kyste on sent un plastron plongeant dans l'excavation et qui est le siège d'un bruit de souffle. C'est sans doute le placenta.

L'enfant étant viable, on se décide à intervenir, on fait la laparotomie. A l'incision du kyste fœtal, il s'écoule du liquide amniotique vert. L'extraction du fœtus est rendue un instant difficile par l'existence d'une adhérence réunissant la tête fœtale au kyste.

Il se produit de plus une déchirure du cordon qui donne une hémorragie formidable qu'on dut arrêter par le tamponnement.

L'enfant extrait pèse 2 kilogr. 800. Il meurt dans la journée. On laisse le placenta en place.

La femme après l'opération fut prise de fièvre et mourut, au bout de 1 mois, d'infection due à la putréfaction de son placenta.

A l'autopsie, la grossesse abdominale est secondaire à la rupture d'une grossesse tubaire droite. Le placenta occupe toute la

moitié droite de l'excavation; il adhère au péritoine pariétal, et remontant dans l'abdomen adhère à l'intestin. Les vaisseaux maternels qui vont au placenta sont énormes.

Dans ce cas donc il eût été impossible de sauver la femme, car les connexions vasculaires entre le système vasculaire de la mère et le placenta étaient trop grandes pour permettre l'élimination du placenta. Celui-ci s'est putrifié et a entraîné la mort de la femme.

---

### OBSERVATION D'ALBUMINURIE GRAVE SANS ÉCLAMPSIE.

M. Patay, de Rennes, relate l'observation d'une femme très albuminurique, arrivée à sa 7e grossesse. Il s'agit d'une grossesse gémellaire. Il y a 10 grammes d'albumine dans les urines. On institue le régime lacté. La femme accouche de 2 jumelles mortes, 4 jours après l'accouchement, il se produit brusquement de l'aphasie et une hémiplégie droite. A aucun moment, il n'y a eu d'accès d'éclampsie. Actuellement, c'est-à-dire 4 mois après l'accouchement, l'aphasie et l'hémiplégie sont améliorées; il ne reste plus que 1 gramme d'albumine dans les urines.

Il s'agit donc d'une albuminurie grave qui sans déterminer d'accès éclamptiques a donné des accidents sérieux qui durent depuis plus de 3 mois.

---

### DE L'ÉTIOLOGIE DE L'ÉCLAMPSIE.

M. Alex. Favre, de la Chaux-de-Fonds, fait part d'une constatation faite chez une éclamptique lors de l'autopsie après l'accouchement de celle-ci. Il trouva que l'uretère droit, après un côtoyement des parois abdominales, s'accolait à l'utérus assez fortement par place et sur une grande étendue, tandis que le gauche était libre sur tout son parcours. L'uretère droit faisait corps avec l'utérus auquel il était attaché par des fibres conjonctives.

L'utérus avait la grandeur d'une matrice gravide de 4 mois environ. Des injections d'eau faites dans les deux uretères donnaient une diminution de l'écoulement au travers de l'uretère droit, comparativement au gauche. En distendant avec les pinces de Museux fortement le fond de l'utérus et ainsi l'utérus entier, il arriva à constater que dans ce cas l'écoulement n'avait plus lieu.

M. Favre ne veut pas faire de généralité, mais ce fait mérite sans doute l'intérêt. N'ayant constaté aucune trace d'inflammation, il admet que le paramétrium dans ce cas effectuait l'accolement de l'uretère à l'utérus.

M. Fochier. Dans l'observation de M. Favre il s'agit d'un véritable phlegmon du ligament large, non suppuré sans doute, ayant produit l'adhérence anormale de l'uretère droit à l'utérus.

Il ne s'agit donc pas là d'un état anatomique. Quelle a été la cause de cette inflammation du paramétrium conduisant à l'accouchement intime de l'uretère à l'utérus ?

M. Favre. Il n'y avait pas de trace de pus, dans le ligament large. Il n'y avait donc pas d'état pathologique véritable.

Je pense qu'il s'agit plutôt d'une anomalie anatomique des fibres conjonctives du paramétrium accolant l'uretère à l'utérus.

En tout cas, je crois pouvoir attribuer les accès éclamptiques à l'obstruction de l'uretère, obstruction se faisant d'une façon rapide.

---

### LÉSION DU FOIE ET DES REINS CHEZ LES ÉCLAMPTIQUES ET LES FŒTUS ISSUS DES FEMMES ÉCLAMPTIQUES.

MM. Bar et Guyeisse. Les lésions du foie chez la femme éclamptique sont bien connues maintenant depuis les travaux de Virchow, Jürgens, Pilliet, Létienne, Bouffe de Saint-Blaise, Schmori. D'après ces travaux il résulterait qu'il y a véritablement un foie éclamptique, caractéristique de cette maladie. Ce qui caractériserait ce foie, ce sont les hémorragies se faisant dans son intérieur et à sa surface.

Nous avons repris l'étude du foie dans l'éclampsie et sommes arrivés à cette conclusion qu'il n'y a pas, à vrai dire, un foie éclamptique, pathognomonique de l'éclampsie. Les lésions sont celles des états infectieux et des toxémies.

Nos recherches portent sur 14 cas d'éclampsie ; mais dans 13 cas seulement l'examen histologique et bactériologique a été fait.

Sur ces 13 cas, 9 fois les hémorragies, signalées par tous les auteurs, étaient extrêmement nettes.

7 fois, sur ces 9 cas, les hémorragies hépatiques affectaient les caractères qu'ont signalés déjà Pilliet et Bouffe de Saint-Blaise ; le foie était gros, tigré de petites taches brunes hémorragiques à

sa surface. Il y avait, de plus, de petits foyers hémorragiques siégeant autour des lobules, dans les espaces portes, et envahissant la périphérie des lobules. La partie centrale des lobules était saine. D'autres fois, au contraire, mais plus rarement, l'hémorragie était plus diffuse. Il existait dans le foie, sur les coupes histologiques, des foyers considérables semés au hasard, suivant les espaces périportaux et envahissant toutes les parties du lobule. Le foie avait l'aspect d'une écumoire.

A côté de ces foyers hémorragiques, on trouve des foyers blanchâtres qui sont d'anciens foyers dégénérés.

Dans 2 cas, les hémorragies étaient bien périportales, mais, dans les espaces portes, on notait de plus l'existence de branches de la veine porte de petit calibre, thrombosées.

Dans ces cas, l'hémorragie suivait toute la partie périphérique de l'espace périportal, tout autour des veines thrombosées. Mais les lobules ne contenaient pas de lésions hémorragiques.

Dans tous ces 9 cas, à côté des lésions hémorragiques, on a trouvé des lésions cellulaires (nécrobiose, dégénérescence hyaline). Mais nous y reviendrons.

(*A suivre*).

---

# NOUVELLES

## XII<sup>e</sup> Congrès international de médecine

| | | |
|---|---|---|
| Moscou | 19-26 | août 1897. |
| Style russe | 7-14 | |

Des délégués recevront les membres étrangers à la gare de Moscou, ou bien à certaines stations, le long du parcours, ou même à la frontière. A l'arrivée, il sera distribué un plan guide spécial de Moscou rédigé en français. Une commission, préposée aux logements, fournira à tout arrivant toutes les indications relatives au séjour à Moscou, adresses, prix, distractions, etc... Tous les renseignements seront, du reste, données à l'avance sur le voyage, les prix, les différents parcours, etc... On peut, dès maintenant, adresser sa demande pour avoir le fascicule spécial des programmes, voyages, hôtels, etc... Les co-

tisations peuvent être adressées au Congrès par le Crédit Lyonnais, au nom du secrétaire-général du Congrès, M. le Prof. Roth, clinique des maladies nerveuses, à Moscou, ou bien à Paris, par l'entremise du Dr Marcel Baudouin, 20, boulevard Saint-Germain. Il importe de payer d'avance la cotisation de 25 fr. pour recevoir le billet de membre du Congrès grâce auquel on ne rencontrera pas de difficultés sur les chemins de fer : moitié prix en France, prix de 3e pour billet de seconde, en Allemagne, parcours *gratuit* depuis la frontière russe. Se munir d'un passeport à la préfecture de police, visé par le ministère des affaires étrangères et par le Consulat de Russie.

---

# BIBLIOGRAPHIE

—

**La Puberté chez la femme. Etude physiologique, clinique et thérapeutique,** par les Drs Ch. Barbaud et Ch. Lefèvre. (A Maloine, éditeur. Paris, 1897.)

Après l'étude très documentée des « *troubles et accidents de la ménopause* », parue il y a deux ans (Drs Ch. Barbaud et A. Rouillard), celle de « *La Puberté* chez la femme » vient aujourd'hui combler dans la littérature médicale une non moins profonde lacune.

Pour atteindre leur but, force en effet a été aux auteurs de puiser — de ci de là — quelques documents épars en des volumes différents et de faire plus d'une fois œuvre de création, pour compléter et mettre au point l'analyse de cette si délicate période de la vie féminine.

Cette intéressante monographie débute par une description très fouillée des divers processus physiologiques dont l'ensemble marque l'ère de la formation pour le sexe faible ; et une telle description impliquait forcément un exposé anatomo-histologique très résumé, mais cependant suffisant, des organes en voie d'évolution qui concourent à la production de ces phénomènes.

Comme suite logique à cette entrée en matière vient la discussion de l'influence des climats, des conditions sociales, et de bien d'autres facteurs susceptibles d'imprimer à ce premier acte de l'existence de la femme une décisive tournure.

Ce premier acte est en effet d'une importance capitale et doit ne pas être confondu avec la nubilité. Cette distinction amène tout naturellement la critique de notre législation, au sujet des mariages, et surtout des mariages trop précoces. Il y dans nos lois de saisissants illogismes qui sont mis en évidence de la plus nette autant qu'originale façon.

Très curieuse aussi la narration clinique des signes physiques et psychiques de la puberté tant dans la classe riche que dans la classe pauvre.

La psychologie de la virginité et de la « demi-virginité » est touffue de détails analytiques forts clairs, et d'une lecture séduisante.

Le développement intellectuel et moral de la jeune fille est l'objet d'un chapitre aussi scientifique que littéraire.

Nous arrivons ensuite à l'exposition des états pathologiques si complexes dont les causes sont détaillées avec le plus grand soin. Cette partie du travail de MM. Barbaud et Lefèvre présente un vif intérêt ; surtout celle qui a trait aux désordres de l'appareil utéro-ovarien et aux troubles nerveux, si variés et si protéiformes. Cela d'autant plus que nos deux confrères ne se contentaient point de disserter en philosophes ; et qu'ils nous indiquaient, après la symptomatologie, une méthode thérapeutique rationnelle.

Sur ce point encore de nombreux détails abondent, simples, précis, qui doivent apporter le correctif nécessaire aux manifestations morbides communes à cette période critique de la vie des jeunes filles. Nous entendons parler des traitements hygiénique et moral applicables à cette phase si souvent troublée de l'existence virginale.

Cette étude enfin se termine par un ensemble de considérations sur le traitement des troubles et complications inhérents à cet âge, enfin sur la cure thermale, qui occupe une large place.

En sa qualité de médecin consultant aux Eaux de Luxeuil, l'un des auteurs a eu l'occasion de recueillir de nombreuses observations sur l'efficacité de ces précieuses sources dans les troubles utéro-ovariens ou d'origine nerveuse chez la femme : qu'elle soit à l'âge de sa formation, à celui de son activité sexuelle, ou au moment de la ménopause.

Nous regrettons de ne pouvoir donner ici qu'une idée sommaire de cette intéressante monographie pleine d'aperçus nouveaux et philosophiques, de faits instructifs, d'observations personnelles, exposés sous une forme originale et dans un style élégant, qui rendent sa lecture agréable et facile.

**Introduction à la Médecine de l'Esprit**, par le Dr Maurice de Fleury, ancien interne des hôpitaux. (1 vol. in-8°, 7 fr. 50. — Félix Alcan, éditeur.)

Cet ouvrage, qui pourrait s'intituler aussi « Introduction à la morale moderne », se compose de deux parties. Dans la première, l'auteur étudie les principales idées générales mises en circulation, depuis un quart de siècle, par les médecins adonnés à l'étude du système nerveux et de ses maladies, et il passe en revue l'enseignement de son maître Charcot à la Salpêtrière (hypnotisme, suggestion, envoûtement, télépathie, miracle, etc.), les rapports de la science médicale avec la justice, avec les lettres et la critique d'art, avec la psychologie (localisations cérébrales, etc.).

La seconde partie, plus personnelle, est consacrée à l'étude clinique et thérapeutique des passions et des émotions humaines. Voici les titres des cinq chapitres qui la constituent : *la paresse et son traitement* ; *la tristesse et son traitement* ; *la médecine des passions* ; *la colère et son traitement* ; *la morale moderne*.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**65. — De la valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta**, par M. C. Juge. (*Thèse de Paris*, 1896.) — Le double but qu'on se propose, en cas d'hémorrhagie par l'insertion vicieuse, est d'arrêter l'écoulement sanguin et de hâter l'expulsion du fœtus.

Le tamponnement vaginal, avant l'ère antiseptique, donnait de mauvais résultats : ainsi King donne une statistique de 85 tamponnées avec 19 morts (22 %), et Müller cite le pourcentage de 21 % de mortalité maternelle sur un ensemble de 161 cas. L'infection était la grande cause de mort.

Néanmoins, les statistiques de cette époque fournissent quand même d'utiles éléments d'appréciation sur l'efficacité du tamponnement, aussi bien comme moyen hémostatique que comme agent provocateur du travail. Sur 128 cas de Müller, 16 fois le tampon subit un échec complet ; 78 fois, la contraction survint :

| | |
|---|---|
| Dans l'espace de une heure | 5 cas |
| Dans l'espace de une heure à cinq heures | 22 cas |
| Dans l'espace de six heures à douze heures | 28 cas |
| Dans l'espace de douze heures à vingt-quatre heures | 9 cas |
| Dans l'espace de vingt-quatre heures à quarante-huit heures | 6 cas |
| Dans l'espace de trois jours | 5 cas |
| Dans l'espace de quatre jours | 2 cas |
| Dans l'espace de huit jours | 1 cas |

Le tamponnement, d'après Juge, est dans près de la moitié des cas impuissant contre l'hémorrhagie ou incapable de provoquer le travail. En réunissant les différentes statistiques publiées dans les mémoires récents, Juge arriva à une mortalité maternelle de 26, 8 % et à une mortalité fœtale de 77,6 % en moyenne.

La version bipolaire de Braxton-Hicks, qui a obtenu un succès

rapide en Angleterre et en Allemagne donne une mortalité fœtale, de 78 % et une mortalité maternelle de 6 %.

La rupture simple, mais large des membranes, qu'il y ait ou non engagement de la présentation, a donné à M. Pinard 63 succès complets sur 66 cas. A la clinique Baudelocque, sur 73 cas d'intervention pour hémorragie par insertion vicieuse (de 1890 à 1895) 45 fois la rupture des membranes fut seule nécessaire et donna 45 succès immédiats contre l'hémorragie ; 19 fois on fut obligé de recourir ensuite au ballon Champetier, l'hémorrhagie continuant ou la dilatation ayant besoin d'être rapidement complétée. Les résultats définitifs ont été, pour cette statistique, 2,74 % de mortalité maternelle et 37 % de mortalité fœtale.

« Le ballon de Champetier a été quelquefois placé en dehors de l'œuf, c'est-à-dire entre les enveloppes ovulaires et la paroi interne de l'utérus. Les résultats ont été médiocres. Cette manœuvre constitue néanmoins et malgré tout un puissant moyen de dilatation rapide du col, et, dans le cas, très improbable, où les membranes seraient inaccessibles et fuiraient devant la pointe du perce-membrane, on pourrait y avoir recours à défaut de mieux.

« Introduit à l'intérieur de la cavité amniotique après large déchirure des membranes, le ballon de Champetier donne d'excellents résultats. Son action hémostatique est constante et certaine. De plus, il dilate le col avec rapidité et permet de terminer l'accouchement dans un temps très court.

« La rupture des membranes, combinée avec l'introduction du ballon de Champetier dans l'œuf même est indiscutablement bien supérieure au tamponnement. Elle est bien près d'être la perfection même.»

(Nous avons tenu à analyser aussi fidèlement que possible le travail de M. Juge. L'impartialité de son jugement, fondé sur la seule observation des faits, donne à sa thèse une réelle valeur scientifique.)

L. Démelin.

***

**66. — Traitement des myomes utérins.** — Dans un mémoire, inspiré par la pratique du Dr Veit de Berlin, et relatif au traitement opératoire des myomes, M. le Dr H. Schiller envisage les divers cas en présence desquels on peut se trouver.

1) Il s'agit d'un petit myome sous-muqueux, on en pratique l'ex-

traction par l'incision de la paroi antérieure du museau de tanche et de l'utérus suivie de l'énucléation.

2) Il s'agit de deux myomes sous-muqueux ou d'un seul de plus grand volume ; on pratique alors l'incision de la paroi antérieure et éventuellement aussi de la paroi postérieure de l'utérus ; on réduit le volume de la tumeur, puis on en fait l'énucléation.

3) On peut aussi extraire par énucléation sans hystérectomie un myome interstitiel de moindre volume. C'est pour les cas de la seconde et de la troisième série que la méthode de M. le professeur Veit constitue surtout un progrès.

4) Quand on a affaire à une combinaison de myomes interstitiels et de myomes sous-muqueux, on préférera dans la plupart des cas l'hystérectomie.

5) Est-on en présence de myomes interstitiels volumineux, il faut choisir après examen la méthode vaginale ou la laparotomie.

Tels sont, d'une façon générale, les points principaux de la technique opératoire de M. le professeur Veit dans le cas de myomes ; mais on comprend que chaque cas comporte des considérations particulières.

(*Journ. de méd. de Paris*, 26 juillet 1896.)

***

67.— **Traitement des rétroversions.**— D'après Olshausen, les rétroversions utérines comprennent cinq classes :

1° Les rétroversions peuvent survenir après l'accouchement et ne pas incommoder la malade. Rien à faire, ou pessaire et massage.

2° La rétroversion ou rétroflexion est due à la constipation. Laxatifs et traitement intestinal.

3° D'autres fois elle résulte du raccourcissement de la paroi antérieure du vagin (souvent atrophié, ainsi que l'utérus). Il faut faire alors la ventrofixation.

4° Les affections suppuratives des annexes sont parfois l'origine des déplacements. Dans ce cas il faut supprimer l'ovaire et la trompe malade.

5° Enfin il peut y avoir des adhérences péritonéales et on obtient de bons résultats du massage.

(*Zeitschr. fur geb. und. gynæcol.*, 1896.)

***

**68 — La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.** — On sait qu'une laparotomie modifie souvent favorablement la péritonite tuberculeuse ; la raison en est difficile à donner : les uns attribuent la guérison à la destruction du bacille sous l'influence du lavage du péritoine, les autres à la disparition de l'ascite, à la formation d'une péritonite adhésive fibro-plastique, etc. M. Burci, qui s'est spécialement occupé de cette question, pense que le rôle de la laparotomie est plus complexe. D'après lui, la régression de la maladie s'expliquerait par l'intervention de tous les facteurs susceptibles d'aider le péritoine à se défendre contre l'infection : la pénétration de l'air, de l'oxygène, de la lumière dans la cavité péritonéale, l'action du froid, du traumatisme, réagiraient simultanément sur cette délicate membrane. Anatomiquement cette réaction, purement vitale dans son essence, se caractérise par une abondante prolifération embryonnaire et par une vive migration leucocythique étendue à toute la séreuse péritonéale.

Cette manière de voir a été, sinon en tous points confirmée, du moins étendue et précisée par le travail de M. Gatti, paru dans les *Archives de Langenbeck*. Pour M. Gatti, la laparotomie exerce une influence en quelque sorte spécifique sur la vitalité péritonéale. La guérison n'est pas due à une simple réaction inflammatoire suivie d'une transformation fibreuse qui étouffe les tubercules, mais bien à une dégénérescence propre du tubercule, dégénérescence assez lente, commençant par les cellules épithéloïdes, s'étendant ensuite aux autres éléments.

M. Gatti a observé, sur les nombreux animaux chez lesquels il déterminait expérimentalement une péritonite tuberculeuse et qu'il guérissait par la laparotomie, toute la succession de cette évolution régressive : peu à peu cellules tuberculeuses et bacilles disparaissent, les produits dégénérés se résorbent, un travail de réorganisation s'opère, et le péritoine redevient absolument normal non seulement à l'aspect, mais aussi à l'examen histologique et au contrôle bactériologique : un fragment d'un épiploon ayant été manifestement tuberculeux, introduit dans la cavité péritonéale du cobaye, n'y détermine plus aucun trouble. Toutefois, le processus de guérison est très lent, il demande de six à huit mois.

La réaction inflammatoire, l'activité leucocytique décrits plus haut, s'observent dans un grand nombre de cas ; cependant, il ne faut pas, d'après M. Gatti, attribuer un rôle prépondérant à ces manifestations

qui ne sont que secondaires ; elles peuvent être à la fois l'indice d'une guérison et celui d'une aggravation dans l'évolution de la maladie.

Pratiquement, pour réussir, M. Gatti dit que la laparotomie ne devrait être entreprise ni trop tôt, ni trop tard : il faut, pour qu'elle donne un bon résultat, d'une part, que le tubercule ait atteint son complet développement, d'autre part, qu'il n'ait pas encore subi la dégénérescence caséeuse. Or, en clinique, il est difficile de connaître exactement, chez un malade donné, l'état du tubercule ; aussi, lorsqu'une première laparotomie est restée inefficace et que, au cours de l'opération, on a constaté que la dégénérescence caséeuse n'a pas encore eu lieu, on se trouvera bien de tenter plus tard une nouvelle intervention.

(*Gaz. d. Osped.*, n° 13, 1897, et *Bull. méd.*, n° 19, 1897.)

***

**69. — Un nouveau procédé d'hystéropexie.** (Carl Beck. *New-York med. Journal*, janvier 1897.) — Après avoir ouvert l'abdomen sur la ligne blanche, on attire le fond de l'utérus hors de la cavité péritonéale ; on choisit alors un ligament rond, que l'on isole soigneusement sur une longueur de 5 à 6 centimètres, à 1 centimètre environ au-dessous de son insertion utérine. Cette portion du ligament rond étant maintenue soulevée, on suture au-dessous d'elle le péritoine, puis le fascia et les muscles, de façon qu'elle demeure à cheval sur ces divers plans, recouverte seulement par la peau. Les deux ligaments ronds peuvent être traités de même ; un seul cependant est suffisamment solide pour corriger le prolapsus. Dans le cas de rétroversion, il vaudrait mieux soulever les deux ligaments.

Carl Beck a employé avec succès son procédé sur une femme de 45 ans.

***

**70. — Traitement des hémorrhagies utérines par rétention placentaire.** — M. Abel fait une communication sur le traitement des hémorrhagies utérines consécutives à une extraction incomplète du placenta. L'orateur dit qu'on pratique aujourd'hui trop facilement le curettage ; il conseille, en tout cas, lorsque cela est nécessaire, de faire cette opération avec le doigt plutôt qu'avec la curette.

Mais, d'une façon générale, il recommande contre les hémorrhagies *post partum* le tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée.

***

**71. — Technique, difficultés et dangers de l'hystérectomie vaginale dans les fibromes et les suppurations pelviennes.** — M. Paul Segond (*Prog. Méd.*, n° 7, p. 97, 1897), étudie d'abord la technique de l'hystérectomie vaginale pour les fibromes, telle qu'il la conseille après s'être instruit lui-même à la pratique de Péan. Voici dans quel ordre il a coutume de faire succéder ses manœuvres :

Incision du vagin au bistouri ; libération du col sur ses deux faces avec ouverture du cul-de-sac postérieur ; mise en place de deux pinces à mors courts sur les deux utérines ; section de la base des ligaments larges ; résection du col ; fixation de la paroi utérine postérieure avec une forte pince ; enfin, attaque et morcellement du corps utérin sans hémostase préalable d'habitude, l'hémisection de la portion de paroi accessible, l'évidement conoïde au bistouri ou les résections de forme variable permettent d'arriver sans encombre à la bascule antérieure de l'organe et l'opération s'achève dans les meilleures conditions possibles. Bien entendu, ceci n'est qu'une sorte de schéma opératoire qu'il faut savoir varier suivant les cas particuliers, mais tel qu'il est, sachez bien qu'il répond à des ressources opératoires assez complètes pour nous permettre de donner une extension remarquable aux indications du morcellement.

Le volume de la tumeur n'est pas une contre-indication au morcellement, toutes les fois que le fibrome ne remonte pas au-dessus de l'ombilic.

On a fait au morcellement d'autres reproches : les blessures viscérales, les hémorhagies, l'occlusion intestinale post-opératoire, les hernies vaginales consécutives M. Segond critique chacun de ces reproches et montre que l'on peut avoir toute confiance dans la technique du procédé de Péan.

***

**72. — Traitement palliatif du cancer utérin inopérable**, par M. Champion. — Le cancer du col utérin est le plus fréquent des cancers ; évoluant primitivement sans douleur et sans aucun

signe qui puisse inquiéter la malade, il est le plus souvent déjà inopérable quand il se présente à l'observation du chirurgien. C'est donc aux méthodes palliatives que ce dernier est forcé de recourir ; ce sont ces méthodes que M. Champion étudie dans sa thèse :

La sérothérapie, qui semblait pleine de promesses, a abouti à une véritable déception et se réduit « à une thérapeutique purement tonique au point de vue général et localement décongestionnante ».

La méthode sclérogène et particulièrement les injections parenchymateuses d'alcool semblent devoir prendre une place honorable dans la thérapeutique palliative, mais ne donne pas une survie supérieure à celle obtenue par les autres méthodes.

L'exérèse à la curette tranchante et le curettage des régions fongueuses semble être la méthode de choix, celle qui donne la plus longue survie.

Les caustiques chimiques (nitrate d'argent, acide arsénieux, chlorure de zinc) sont dangereux, douloureux, difficultueux dans leur application.

Les antiseptiques, quels qu'ils soient, s'imposent d'une façon absolument constante ; ils devront être précédés, dans leur application d'un curettage des végétations cancéreuses exubérantes.

***

**73. — Prurit vulvaire.** (Spiegler.)

| | | |
|---|---|---|
| Sulphophénate de soude..... | | 5 à 10 gr. |
| Vaseline..... ..... | } | |
| Lanoline..... | } | ãã 10 — |

Saupoudrer d'amidon.

***

**74.— Injection rectale d'eau salée contre l'hémorrhagie de la délivrance.** (M. Fieux.) Chez une femme accouchée dans des conditions normales à la Clinique obstétricale, la délivrance s'étant faite naturellement, j'ai pu constater que le placenta était constitué par deux masses cotylédonaires, nettement distinctes, réunies par deux gros vaisseaux serpentant sous les membranes. Le cordon se dissociait avant d'arriver à la plus grosse de ces masses sur laquelle il s'insérait. La délivrance fut suivie d'une hémorrhagie par inertie utérine que les moyens d'usage (injection utérine chaude, introduction

de la main dans l'utérus, tamponnement cervico-vaginal) ne purent arrêter.

M'inspirant alors des travaux de Keifer sur la valeur hémostatique des grandes transfusions d'eau salée, je fis à cette femme une injection sous-cutanée de quatre-vingts centimètres cubes tout au plus de sérum artificiel, car je n'avais à ma disposition, en ce moment qu'une seringue de Roux. Mais en même temps, je lui faisais donner un lavement de deux litres d'eau salée.

Au bout de quelques instants, la contractilité utérine reparut et l'hémorrhagie cessa. Je ne crois pas qu'il faille attribuer cette action à la très peu abondante transfusion sous-cutanée que j'ai faite, mais à la copieuse injection rectale que j'ai donnée.

Ce fait est intéressant et montre que, dans un cas d'urgence, où l'on serait privé des moyens matériels de faire une grande injection sous-cutanée de sérum artificiel, on aurait dans le lavement d'eau salée une ressource précieuse.

***

**75. — Les eaux iodo-bromo-chlorurées en gynécologie. — La Mouillère-Besançon.** — Sous ce titre, notre savant confrère le Dr Monin, si compétent en matière d'eaux minérales, vient de publier, à la Société d'éditions scientifiques, une excellente étude sur l'eau iodo-bromo-chlorurée de la Mouillère, dont la précieuse richesse saline est, depuis peu de temps, exploitée par les médecins, au grand bénéfice des malades, et principalement des femmes et des enfants, clientèle de toutes les eaux chlorurées fortes. Un établisement thermal modèle permet, d'ailleurs, l'application, intensive et raisonnée, de toutes les ressources, si variées, de la balnéothérapie scientifique. La diathèse strumeuse, cette tuberculose *in posse* (Peter) est particulièrement justiciable de la cure bisontine, la plus active pour obtenir l'état réfractaire du sol organique au bacille de Koch. Toutes les fois que la thalassothérapie est contre-indiquée, et principalement dans les cas d'éréthisme nerveux ou neuro-arthritique, on aura recours, avec avantage, à la cure iodique et hyperchlorurée de la Mouillère, cure antidyscrasique par excellence, qui raffermit étonnamment la peau et les parenchymes, stimule la circulation, résout les néoplasies et combat, sous toutes ses formes, la déchéance vitale. L'enfance scrofuleuse, rachitique ou simplement lymphatique, y puisera les éléments d'une héroïque prophylaxie et l'éradication

d'un néfaste tempérament morbide. Les femmes affligées de métrites anciennes avec exsudats pelviens, de dysménorrhées, de catarrhe du col, de virulences inflammatoires du côté des annexes, trouveront, dans cette médication, essentiellement fondante et vaso-motrice, la thérapie la plus naturelle et la plus définitive. Depuis quelques années, d'ailleurs, la station de La Mouillère-Besançon a fait étonamment ses preuves pour la résolution des fibromes utérins et des anciennes lésions salpingo-ovariennes.

***

**76. — De la columnisation du vagin.** — La columnisation du vagin ou méthode de Talliaferro est peu employée en France, M. Quincieu, en exposant le procédé de Laroyenne, de Lyon, se montre un partisan convaincu de cette méthode thérapeutique. On commence par introduire un spéculum dans le vagin, puis on place des tampons de coton glycérinés en commençant par bourrer le cul-de-sac postérieur. On remplit ensuite les culs-de-sac antérieur et latéraux. Ces tampons doivent être très serrés pour produire un effet utile. Néanmoins la pression ne doit jamais être telle qu'elle puisse déterminer une douleur persistante.

Le tampon doit rester deux ou trois jours en place et l'on doit prévenir les malades qu'elles perdront une certaine quantité d'eau sous l'influence de la glycérine.

L'emploi de la columnisation est particulièrement indiqué : 1° chez les malades affectées de déviations utérines, adhérentes et irréductibles. (On guérira fréquemment aussi ces lésions sans avoir recours à une intervention sanglante) ; 2° chez les malades affectées de prolapsus tubaires ou ovariens dont l'effet se manifeste par des douleurs rendant très pénibles la marche et les moindres efforts ; 3° chez les femmes affectées de paramétrite postérieure ou douglassite, lésions généralement très douloureuses. Dans tous les cas aigus, la columnisation est absolument contre-indiquée. (Paris, Goguille, 1896.)

***

**77. — De l'emploi des injections de sérum artificiel au cours et à la suite des hémorrhagies post-partum.** (Ad. Olivier, in *Obst.* du 15 janv. 1897.) — En raison de l'utilité universellement reconnue des injections soit sous-cutanées, soit intra-

veineuses, de sérum artificiel, le Dr Olivier recommande l'outillage suivant, dont tout accoucheur devrait être muni.

L'appareil destiné aux injections intra-veineuses se compose d'un bouchon en caoutchouc d'un diamètre tel qu'il puisse s'adapter sur les bouteilles courantes. Ce bouchon, percé de deux trous, permet le passage de deux tubes métalliques : l'un de ces tubes courbé en U est muni à chacune de ses extrémités d'un tube en caoutchouc ; ces tubes en caoutchouc sont d'inégale longueur : le plus grand, muni d'une pince-arrêt est destiné à recevoir la canule qu'on introduira dans la veine, le plus petit plonge dans le liquide que renferme la bouteille. A l'autre tube métallique est fixée une poire en caoutchouc permettant d'amorcer le siphon, formé par le tube en U. Cet appareil comporte en outre trois canules métalliques de diamètres différents, dont l'extrémité, terminée en biseau, est légèrement renflée. On a ainsi un jeu de canules, proportionnées aux différentes veines qu'on est appelé à ouvrir.

Pour les injections sous-cutanées, on emploie une seringue de contenance de 200 gr. entièrement métallique, et construite sur un type spécial. L'aiguille, qui n'est autre qu'une longue aiguille de Roux, s'adapte à cette seringue par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc.

Cette seringue permet une stérilisation parfaite.

Enfin, la trousse comprend encore deux flacons spéciaux pouvant contenir chacun 500 gr. de liquide, renfermés dans une boîte métallique, munie de feutre, afin d'éviter qu'ils se cassent.

Le liquide employé doit être une solution stérilisée de chlorure de sodium à 10 pour 1000.

Enfin, l'auteur conseille de compléter la boîte qui renferme le siphon par un bistouri, une sonde cannelée, une pince à dissection et deux pinces hémostatiques.

***

**78.— Tumeur maligne de l'utérus traitée par les toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus**, par R.-M. Sone. (*Medical record*, 21 novembre 1896.) — L'auteur publie l'observation détaillée d'une malade portant une tumeur maligne inopérable de l'utérus, qu'il a traité avec les toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. Le diagnostic de cette tumeur a été confirmé par l'examen histologique d'un fragment. La malade, considérablement affai-

blie par des hémorrhagies répétées, se présentait profondément anémiée et émaciée. Sous l'influence du traitement par les toxines, l'écoulement utérin fut abondant : les forces reparurent sans réaction fébrile ni frisson. On eut cependant deux fois du collapsus occasionné par l'injection de doses trop considérables, faites trop près de l'utérus.

L'atrophie de l'utérus avait fait penser qu'il n'y aurait plus de menstruation. On les vit reparaître cependant. Au bout d'un an, la malade, considérablement améliorée, pèse 10 livres de plus que le poids normal, est vigoureuse, mange et dort bien, n'a plus de douleurs pelviennes ; elle peut vaquer à ses occupations ménagères. Ses muscles sont forts et son esprit sain.

On a employé des toxines d'érysipèle non filtrées et filtrées. Les doses injectées ont varié de 2 minims (0 c. c. 118) à 30 minims (1 c. c. 77 par jour.

On a observé à la suite d'une première injection de 19 minims (1 c. c. 121) dans la paroi vaginale ou un accident grave avec collapsus, frisson, évaluation de température à 104° Fahrenheit (40°)

Un second accident s'est produit dans les mêmes conditions à la fin du traitement à la suite d'une injection de 7 minims (0 c. c. 413) faite dans la même région.

C'est un cas unique d'amélioration de tumeur inopérable de l'utérus guérie par les injections de toxines.

(*Revue de thér. méd. chir.*)

**79.— Des opérations employées dans les rétroflexions et les rétroversions de l'utérus.** (*Journal d'accouchements et de gynécologie russe*, n° 12, 1896.) — Goubareff arrive à formuler à ce sujet les conclusions suivantes :

1° Le traitement opératoire des rétroversions et des rétroflexions ne peut être indiqué que dans des cas où tout phénomène inflammatoire a disparu et où la mobilité de l'organe est revenue.

2° L'opération d'Alquié-Alexander remplit toutes les indications dans la rétroversion.

3° Il n'est pas rationnel d'employer cette opération dans les cas de prolapsus.

4° Si le déplacement de l'utérus en arrière est compliqué d'abaisse-

ment, il faut d'abord parer à ce dernier accident avant de penser à agir chirurgicalement contre le déplacement en arrière.

5° Il faut faire disparaître toute augmentation de volume de l'utérus avant de commencer le traitement opératoire.

6° La fixation de l'utérus aux organes voisins étant antinaturelle n'a pas de base rationnelle.

B. Taft.

***

**80. — Traitement des fistules vésico-vaginales.** (*Wratsch*, n° 46, 1896.) — Bogdanoff, après avoir passé en revue les différents procédés de traitement proposés jusqu'ici pour le traitement des fistules vésico-vaginales, s'arrête longuement sur le procédé de Mac-Kenrodt qui consiste, comme on le sait, à séparer la vessie de la paroi vaginale et à les suturer séparément. Dans les fistules urétro-vaginales, l'auteur recommande le procédé de Ott dont la première idée appartient à Zayaizky. L'auteur a appliqué ce procédé dans deux cas en le modifiant légèrement, et, malgré les quelques erreurs de technique commises pendant l'opération, il est resté très content des résultats obtenus : les malades retenaient parfaitement leurs urines.

***

**81. — Organothérapie par l'ovaire.** — M. Touvenaint fait une communication sur l'organothérapie par l'ovaire.

Il a expérimenté la médication ovarienne depuis plusieurs mois, et pour ses essais, il s'est servi d'ovaires de génisse réduits en poudre par la dessiccation à la température constante de 25°.

Il administre cette poudre sous forme de pilules renfermant chacune 0 gr. 12 de poudre desséchée, ce qui correspond à 0 gr. 80 d'ovaire frais. Il prescrit deux à trois pilules par jour à prendre un quart d'heure environ avant les repas.

M. Touvenaint rapporte ensuite les observations de quinze malades qu'il a soumises à ce traitement et qui se subdivisent ainsi : quatre avaient subi l'hystérectomie vaginale totale, deux l'ablation des annexes des deux côtés, trois étaient atteintes d'aménorrhée, une de dysménorrhée, trois de chloro-anémie grave, deux étaient sous l'influence de la ménopause naturelle.

Voici les conclusions par lesquelles M. Touvenaint termine sa communication :

1° La médication ovarienne peut être prescrite sans danger et même continuée longtemps, pourvu qu'on en surveille les effets.

2° La dose moyenne de poudre desséchée d'ovaire ne doit pas dépasser 0,24 à 0,36 centigrammes par jour :

3° Le traitement doit être continué pendant plusieurs mois ;

4° Cette médication semble être particulièrement indiquée dans l'aménorrhée et la chloro-anémie, où elle fournit d'excellents résultats ;

5° Elle est fort utile dans tous les cas de ménopause artificielle due à l'ablation des organes génitaux ;

6° Elle peut aussi être essayée avec avantage contre les accidents dus à la ménopause naturelle.

***

**82. — Un procédé pour pratiquer sans inconvénients les injections vaginales pendant les suites de couches.** — Chez les nouvelles accouchées les irrigations du vagin offrent, comme on sait, l'inconvénient de provoquer parfois, même si l'on observe l'asepsie la plus complète, des accès de fièvre d'origine évidemment infectieuse. Il s'agit, dans ces cas, non d'une contamination accidentelle venue du dehors, mais d'une auto-infection par les microbes se trouvant dans le vagin et dont la dissémination est singulièrement facilitée par la douche vaginale donnée d'après la méthode usuelle, c'est-à-dire en faisant usage d'un jet ascendant de liquide. Dans ce cas les microbes pathogènes sont souvent entraînés jusque dans le col de la matrice, et le liquide, en distendant brusquement les culs-de-sac vaginaux, peut aviver des plaies déjà en voie de cicatrisation et ouvrir ainsi de nouvelles portes d'entrée à l'infection.

Afin d'éviter ces accidents, susceptibles d'amener parfois des conséquences plus ou moins graves, M. le docteur F. Ahlfeld, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Marbourg, se sert pour les injections vaginales d'une canule en verre fermée à son extrémité utérine et présentant sur toute sa longueur de petites ouvertures dirigées obliquement de haut en bas dans l'épaisseur de ses parois. De cette façon l'irrigation se fait, non au moyen d'un jet ascendant, mais par une série de filets d'eau s'écoulant de haut en bas le long des parois vaginales.

Avant de procéder à l'injection, notre confrère a soin de bien net-

toyer la vulve et l'orifice du vagin au moyen d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution antiseptique. Ceci fait, il prend la canule et après l'avoir préalablement stérilisée en la plongeant dans l'eau bouillante, l'adapte au tube de caoutchouc du récipient, fait couler la quantité de liquide nécessaire pour chasser l'air du tube et de la canule, puis introduit celle-ci dans le vagin jusqu'à ce que son extrémité vienne affleurer le museau de tanche. L'injection est d'abord donnée sous une faible pression qu'on augmente ensuite graduellement. On a soin, s'il s'agit d'une femme ayant accouché depuis quelque temps déjà et dont le vagin est revenu à l'état normal, de faciliter le retour du liquide injecté en dilatant avec la canule l'orifice vaginal.

Depuis qu'il procède de cette façon, M. Ahlfeld n'a plus observé d'accidents fébriles à la suite d'injections vaginales pratiquées au cours de la période puerpérale.

***

**83. — Des opérations pour prolapsus utérin.** (P. Müller.) — Lorsqu'il s'agit de prolapsus utérin chez une femme qui a passé la ménopause et qui a renoncé à toute vie sexuelle, il conseille, dans les cas où récemment on faisait l'ablation de l'utérus et du vagin, de se borner à faire l'extirpation du vagin, de repousser simplement l'utérus au fond de la plaie et de fermer la plaie vaginale. Il se fait ainsi une cloison cicatricielle solide qui soutient très bien l'utérus.

Il ne redoute pas la formation d'un hydromètre, affection d'ailleurs très rare. D'ailleurs, après la période de la ménopause, on constate très souvent des atrésies de l'orifice de l'utérus, surtout dans les cas de prolapsus utérin, sans que pour cela on voie de dilatation de la cavité utérine.

L'utérus est presque toujours en voie d'atrophie ; il est donc léger et pèse peu sur la cloison. Si d'ailleurs le col est très hypertrophié on peut l'enlever.

Cette opération a pour avantages d'être courte, simple, de ne pas ouvrir le péritoine, de ne pas nécessiter la formation de moignons, et d'éviter la dissociation de l'utérus à la vessie, qui est souvent un peu difficile chez les gens âgés.

Si la femme est encore réglée, mais si elle a renoncé aux rapports sexuels, après l'extirpation du vagin l'utérus ne sera pas repoussé au

fond, mais suturé dans la plaie vaginale ; il sera placé en pleine cicatrice au lieu d'être au-dessus d'elle.

Dans les cas où la menstruation est terminée, mais où il y a encore des rapports sexuels, on peut, en outre de la colporraphie antérieure, se borner à enlever un lambeau quadrilatère assez étendu du vagin laissant un conduit vaginal suffisant.

(*Bull. méd.*)

***

**84. — Traitement du placenta prævia**, par Heil. (*Congrès de Francfort*, du 21 au 26 septembre 1896 ; *Obstétrique*, 15 janvier 1897, p. 71.) — A la clinique d'Heidelberg, dans le cas de placenta prævia, on commence par ouvrir la cavité amniotique. Si la dilatation du col est complète, il n'y a pas matière à discussion sur la conduite à tenir. Pendant la grossesse ou quand le col n'a pas encore subi de dilatation, la méthode de Braxton-Hicks peut être employée lorsque l'enfant est mort ou peu viable et que l'état de la mère exige une prompte délivrance. Dans le cas contraire, le tamponnement est préférable au moins jusqu'à dilatation suffisante pour permettre l'extraction.

La statistique de la clinique d'Heidelberg porte sur 28 cas de placenta prævia, ayant donné 29 enfants. La mortalité maternelle a été de 14,2 °/₀.

Des 28 mères, 14 eurent de la fièvre (10 tamponnements) et 14 n'en eurent pas (6 tamponnements). Des 29 enfants, 16 survécurent (45 °/₀ de mortalité).

Sur 15 enfants à terme et vivants au début du travail, 11 furent extraits vivants par la version.

Huit fois la mère fut tamponnée jusqu'à la dilatation complète ou à peu près ; 1 seul enfant succomba ; les huit mères furent sauvées.

---

# FORMULAIRE

*Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse par les lavements d'acide picrique et par la cotoïne à l'intérieur.*

(Jules Chéron.)

On connaît depuis longtemps les relations qui existent entre l'entérite ou mieux la colite muco-membraneuse et les affections utéri-

nes ; on sait aussi que cette affection est surtout fréquente chez les neurasthéniques.

Le diagnostic de la colite muco-membraneuse est des plus faciles ; le traitement en est, au contraire, assez souvent difficile.

Voici quel est celui qui m'a donné les meilleurs résultats :

1° Traiter l'affection utérine ou péri-utérine par les moyens locaux appropriés ;

2° Combattre la neurasthénie (hygiène, sérum artificiel, etc.) ;

3° Instituer le régime alimentaire des dilatés de l'estomac, qui est, en définitive, le régime qui convient le mieux à la grande majorité des neurasthéniques ;

4° Le matin, à jeun, la malade prendra un lavement d'un litre d'eau boriquée (1/2 cuillerée à soupe d'acide borique représente la quantité d'acide borique suffisante pour un litre), qui entraînera les matières ovillées et détachera de la paroi intestinale les concrétions membraneuses adhérentes. Après avoir été à la selle, la malade prendra 1/4 de lavement contenant une cuillerée à café de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Acide picrique..... | 1 gramme. |
| Eau distillée..... | 120 grammes. |

Ce dernier lavement doit être gardé.

5° S'il y a de la diarrhée, prendre, en deux fois, avant chaque repas, la potion suivante après l'avoir fait tiédir au bain-marie :

| | |
|---|---|
| Cotoïne..... | 0.20 centigr. |
| Bicarbonate de soude..... | 1 gramme. |
| Glycérine..... | 15 — |
| Eau distillée..... | 60 — |

Rappelons que la cotoïne est le principe actif extrait par Jobst de l'écorce du coto-verum, arbre originaire de la Bolivie et appartenant à la famille des Lauracées. Très utile dans un grande nombre de diarrhées, elle est surtout indiquée, à notre avis, dans les flux muqueux exagérés de l'entérite membraneuse. Quant à l'acide picrique, employé comme nous venons de l'indiquer, il combat directement la lésion en modifiant promptement les épithéliums altérés, ce qui explique son efficacité toute particulière.

---

*Directeur-Gérant*, Dr J. Chéron.

---

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — Indications et résultats de l'opothérapie ovarienne.
II. — Les microbes du vagin.
III. — Cure radicale de la constipation chez la femme.

I. — M. Jacobs (de Bruxelles) revenait récemment, dans le *Journal d'Accouchements*, sur les heureux résultats qu'il a obtenus, par l'ingestion d'extrait ovarique, dans un certain nombre d'affections pelviennes. Nous avons déjà reproduit, dans ce journal, le premier travail de cet auteur sur cette médication nouvelle. Les succès obtenus par notre confrère belge sont dignes de fixer l'attention de nos lecteurs.

Voici comment se décomposent les 81 cas suivis par M. Jacobs sur 150 cas soumis à l'opothérapie ovarienne :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Atrophie génitale, aménorrhée..... | 7 cas | 1 insuccès | 6 succès |
| Neurasthénie..... | 2 cas | 2 insuccès | |
| Dysménorrhée..... | 10 cas | 1 insuccès | 9 succès |
| Anémie, aménorrhée..... | 8 cas | | 8 succès |
| Aménorrhée, suite de couches..... | 4 cas | | 4 succès |
| Symptômes de ménopause post-opératoire..... | 44 cas | 1 insuccès | 42 succès |
| Naturelle..... | 6 cas | | 6 succès |

Les faits suivants sont surtout à retenir :

*Atrophie génitale.* — L'un de ces cas concerne une atrophie génitale avec aménorrhée due à un degré d'obésité

accusé. L'aménorrhée datait de 19 mois. Depuis l'ingestion de l'extrait d'ovaire, l'embonpoint a diminué, la menstruation est revenue régulière.

Malade de 22 ans, atteinte d'atrophie génitale congénitale, n'ayant jamais été réglée. Insuccès de tous les traitements antérieurs. Dès la fin du premier mois de traitement ovarique, apparition de la menstruation, régulière depuis lors. Diminution de l'atrophie génitale.

Les autres cas sont analogues.

*Dysménorrhée membraneuse.* — Etant donné, l'insuccès habituel du traitement de la dysménorrhée membraneuse, nous citons textuellement :

« Nous avons eu la curiosité de tenter cette thérapeutique dans divers cas de dysménorrhée membraneuse. Un de ces cas a trait à une dame de 31 ans, souffrant de cette affection depuis 5 ans. Nous l'avions soignée localement pendant de longs mois, sans résultat. Soumise à la médication ovarienne pendant 3 mois, la menstruation s'est rapidement régularisée, l'évacuation membraneuse a disparu, de même que les douleurs pelviennes menstruelles. Cette *guérison* se maintient telle depuis 5 mois actuellement.

« Dans un 2e cas, de très ancienne date, nous eûmes recours au curettage avec cautérisation de la cavité utérine. La malade vit reparaître la dysménorrhée membraneuse, 2 mois après l'opération. Elle fut soumise à l'oophorine en octobre 1896, et depuis cette époque la menstruation est régulière, reste dolente, mais ne s'accompagne plus d'évacuation de membranes.

« Un 3e cas nous a permis de constater les mêmes résultats, mais il est de date trop récente pour nous permettre de le considérer comme une guérison. »

Les résultats obtenus contre les accidents de la ménopause naturelle ou opératoire confirment ce qu'on savait déjà

« L'hypo-fonction de la glande ovarique, opératoire ou non, a immédiatement, dit l'auteur, comme résultante dans l'organisme, une hyperexcitation nerveuse générale qui se traduit par toute la série des symptômes que l'on réunit sous l'étiquette des troubles de la ménopause. L'extrait ovarien, dans ces cas, nous présente, en somme, la valeur d'une thérapeutique spécifique ; elle vient améliorer les manifestations génitales de l'état général ; elle paraît enrayer les troubles fonctionnels du système génital. »

Retenons surtout les beaux résultats obtenus dans l'atrophie génitale et dans la dysménorrhée membraneuse ; s'ils étaient confirmés par les autres observateurs, ce seraient deux indications réellement capitales de la médication ovarienne.

II. — Le Dr Dollinger (de Strasbourg) nous fournit, dans la *Semaine Gynécologique* du 1er juin 1897, une analyse détaillée d'un long travail du Dr Menge, continuant ses importantes recherches sur la bactériologie des organes génitaux de la femme.

Les considérations sur les microbes du vagin sont surtout intéressantes, et ce sont les seules que nous voulions citer aujourd'hui, nous réservant de continuer cette analyse dans une autre revue.

« La sécrétion normale du vagin sain, dit M. Menge, présente une flore microbienne variable selon l'âge de la femme. Chez le nouveau-né la sécrétion est indemne de tout microbe ; la réaction en est faiblement acide. Mais bientôt après la naissance, il se produit une invasion de germes, dont ceux-là seuls se maintiennent à demeure qui ont la propriété d'être anaërobies ; ils ne se développent pas sur des milieux de culture aërobies, tels que l'agar-agar alcalinisé. Après l'invasion de ces germes, la réaction acide de la sécrétion vaginale est généralement plus accentuée.

La flore microbienne du vagin de l'enfant est semblable ou analogue à celle de la « virgo intacta » ; ce n'est que par les rapports

sexuels qu'une transformation s'opère : les germes, dès lors, sont plus variés ; la réaction est de nature et d'intensité variables, tantôt faiblement ou fortement acide, tantôt neutre ou alcaline.

Chez la femme saine arrivée à la maturité sexuelle, on rencontre quelquefois en dehors de la grossesse des microbes qui se développent sur des plaques d'agar alcalinisé, exceptionnellement même des agents d'infection pyogène ; ces derniers ont alors les propriétés de saprophytes facultatifs.

Les microbes saprogènes semblent incapables de se développer dans la sécrétion vaginale de la femme non gravide arrivée à la maturité sexuelle.

Dans le cours de la grossesse, la sécrétion vaginale revient aux caractères de celle des enfants : réaction *toujours* acide, point de micro-organismes prospérant sur des plaques d'agar-agar alcalinisé.

Après la cessation des règles la flore microbienne est fort variée ; toutefois on ne note généralement que des germes ne se développant pas sur les plaques d'agar-agar alcalinisé ; à cette période, les saprophytes paraissent incapables de se développer.

Ceux d'entre les microbes qu'on rencontre indistinctement à toutes les époques de la vie dans la sécrétion vaginale sont presque toujours des anaërobies obligés ; quelques-uns d'entre eux sont aërobies facultatifs et, comme tels, prospèrent sur des milieux de culture acides ; d'autres ne se développent pas du tout sur les milieux de culture artificiels : ils affectent les formes les plus diverses, tantôt celle du microcoque, tantôt du bacille ou du *spirille*.

Primitivement, la réaction de la sécrétion vaginale est faiblement acide ; le degré d'acidité en est modifié soit par l'addition de sécrétion utérine, soit par une augmentation ou bien une diminution de la quantité de sécrétion des glandes vaginales, soit encore par le développement des microbes vaginaux, enfin par des influences venues de l'extérieur.

A toute période de la vie, la sécrétion vaginale exerce une *action bactéricide* contre tous les germes qui ont la propriété de se développer sur des plaques d'agar-agar alcalinisé, par conséquent aussi contre tous les germes pathogènes qui sont aërobies facultatifs. Cette action bactéricide atteint son maximum d'énergie pendant la grossesse ainsi que chez l'enfant et chez la virgo intacta ; elle est moins accentuée chez la femme non gravide à l'époque de la maturité sexuelle

et après la cessation des menstrues. Elle se manifeste déjà dans le vagin indemne de micro-organismes de l'enfant nouveau-né ; grâce à elle, il se produit parmi les germes qui pénètrent du dehors dans le vagin de l'enfant une sorte de sélection naturelle.

Cette action bactéricide, s'exerçant dans un sens déterminé, cette « *auto-purification* » du vagin est basée probablement avant tout sur la réaction acide congénitale de la sécrétion vaginale et sur le fait que cette sécrétion est pauvre en oxygène, puis encore sur l'action bactéricide des leucocytes.

La propriété bactéricide de la sécrétion vaginale peut être atténuée artificiellement au sein même du vagin ; on peut la détruire complètement dans la sécrétion qu'on aura séparée du vagin. Mais même sans intervention, par voie naturelle, l'action bactéricide peut diminuer, voire disparaître totalement. Ce dernier phénomène toutefois ne se manifeste que chez la femme non-gravide, à la période de maturité sexuelle ou à l'âge climatérique.

Dans ce cas, la sécrétion vaginale peut même devenir un milieu de culture favorable au développement de germes pathogènes doués des propriétés de saprophytes et d'aërobies facultatifs.

Il faut ajouter que cette atténuation naturelle du pouvoir bactéricide du vagin peut, en certains cas, être combattue artificiellement avec efficacité.

Une infection spontanée ou une auto-intoxication de l'organisme par la voie génitale sont-elles possibles ? M. Menge pense que chez la femme en couches ce phénomène est tout à fait improbable, mais il en admet, en dehors de la parturition, la possibilité dans des cas fort rares et dans des conditions spéciales.

On trouve quelquefois, dans la sécrétion normale du vagin sain, des micro-organismes pathogènes provenant de l'utérus ou des trompes lorsque ces organes sont le siège d'une affection microbienne.

Dans les maladies microbiennes du vagin, on note dans les tissus et les sécrétions de ce canal des germes pathogènes aigus ou bien le bacille de la tuberculose. La vaginite gonococcique isolée est probablement spéciale à l'enant.

De ce qui précède on peut tirer la conclusion pratique qu'il importe, lorsqu'on veut opérer dans le vagin, de diminuer autant que possible par des manipulations antiseptiques, le nombre de micro-organismes résidant dans cette partie des organes génitaux.

Disons maintenant quelques mots sur les examens qui ont servi

de base aux conclusions de M. Menge. Il a examiné les sécrétions vaginales de 70 femmes opérées par laparotomie. Ses observations sur le pouvoir bactéricide de la sécrétion vaginale sont fondées sur des inoculations effectuées sur des femmes saines. Il a transporté dans la sécrétion vaginale, en se gardant de léser le tissu du vagin :

23 fois des cultures pures du bacille pyocyanique ;

23 fois, de staphylocoque doré qui avait disparu au bout de 26 heures.

27 fois, de streptocoque dont il n'a plus trouvé trace après 21 ou 22 heures.

M. Menge a commencé ces expériences par le bacille pyocyanique, qui tout en se comportant au point de vue biologique d'une manière analogue aux microbes pyogènes, est inoffensif pour l'homme. Ce n'est qu'après avoir constaté un grand nombre de fois l'élimination totale et rapide des masses inoculées qu'il a cru pouvoir se permettre d'expérimenter avec le staphylocoque et le streptocoque.

III. — Arriver rapidement (en un ou deux mois) à la cure radicale de la constipation chez la femme, tel est le résultat auquel serait arrivé le Dr Pincus (de Dantzig), dont le travail est analysé dans la *Semaine médicale* (1897, p. 211).

La constipation étant, chaque jour, l'objet des préoccupations des gynécologistes, on ne saurait lire trop attentivement ce mode de traitement très rationnel et qui associe, dans le même but, un certain nombre de moyens qu'on a souvent le tort d'employer isolément et sans méthode.

« La suppression des purgatifs ou « cure par abstinence » constitue le point capital du traitement ; elle doit être conduite avec énergie et persévérance.

Cependant elle exige quelques précautions. D'une part, elle est contre-indiquée dans les cas où certains symptômes ou bien les antécédents de la patiente font supposer l'existence de reliquats d'appendicite. D'autre part, chez les femmes très irritables ou lorsqu'il existe des signes d'une auto-intoxication par suite de coprostase (météorisme exagéré, acétonurie, indicanurie), la cure par abstinence ne peut être instituée qu'après une certaine préparation de la malade.

Dans ce but, lorsqu'il s'agit de femmes nerveuses, on administrera des bromures à la dose de 1 à 3 grammes par jour, pendant environ deux semaines, et on fera prendre, en outre, chaque our un lavement calmant ainsi composé :

| | |
|---|---|
| Asa fœtida..... | 2 grammes. |
| Jaune d'œuf..... | n° 1 |
| Eau..... | 75 grammes. |

F. S. A. — Pour un lavement.

Au lieu de ces lavements, on pourra aussi employer des suppositoires contenant 0 gr. 02 à 0 gr. 03 centigr. d'extrait de belladone.

Si les muscles abdominaux sont contractés spasmodiquement, on fait appliquer sur le ventre, pendant une à trois heures par jour, un sac rempli de sable ou, ce qui est encore mieux, un gâteau de terre glaise pesant de 500 grammes à 1 kilogramme. La compression continue exercée par cette argile fraîche et humide dissipe le spasme en trois à huit jours.

Dans les cas d'auto-intoxication stercorale, on aura soin d'obtenir une évacuation aussi complète que possible de l'intestin. A cet effet, on aura recours pendant plusieurs jours de suite à des lavements d'eau salée à 0.7 % ou à des lavements d'huile pure. On administrera aussi quelques doses d'huile de ricin, mais on se gardera bien de l'usage de tout autre purgatif.

Enfin, même chez les femmes qui ne présentent ni reliquats d'appendicite, ni éréthisme nerveux, ni auto-intoxication d'origine fécale, on aura soin, avant d'instituer la cure par abstinence, de s'assurer qu'il n'existe aucune lésion utérine ou annexielle latente. Pour cela, on prescrira l'usage quotidien, pendant une semaine environ, d'irrigations vaginales avec 3 litres d'eau à 38° ou 40°, et l'on prendra exactement la température de la patiente : la moindre élévation du degré thermique survenant dans ces conditions doit être considérée comme une contre-indication formelle de la cure par abstinence.

Toutes ces précautions étant prises, on commencera le traitement curatif immédiatement après une période menstruelle. La malade devra se passer de toute espèce de purgatifs ou lavements évacuants ; en même temps elle sera journellement soumise à un massage méthodique de l'abdomen, ainsi qu'à des exercices de gymnastique suédoise ; la faradisation de l'intestin pourra également être employée avec avantage.

Certains petits moyens susceptibles d'abréger la durée de la constipation qui résulte de l'abstention des purgatifs ne doivent pas non plus être négligés. C'est ainsi qu'on recommandera à la patiente de se présenter à la garde-robe chaque jour à heure fixe, même si elle n'éprouve aucun besoin ; de faire matin et soir une trentaine de contractions du releveur de l'anus, comme si elle voulait retenir à tout prix une évacuation alvine imminente ; de promener sur le ventre pendant cinq à quinze minutes, le matin avant le lever et le soir après le coucher, un sac rempli de cailloux pointus ou de rognures de fer. Enfin chez les femmes à ventre flasque et tombant, on pratiquera des frictions à la brosse sur les parois abdominales, on appliquera pour la nuit une compresse mouillée recouverte d'une étoffe imperméable et on fera porter une ceinture.

Sous l'influence de ces divers moyens, la « constipation curative », selon l'expression de M. Pincus, ne dure guère plus de trois à dix jours. Au bout de ce temps survient une première selle spontanée encore dure et peu copieuse, mais qui est suivie à des intervalles de plus en plus rapprochés d'évacuations de plus en plus molles et abondantes.

On parviendrait ainsi à obtenir, en l'espace de un à deux mois, y compris le temps nécessaire aux soins préliminaires, la guérison des constipations les plus opiniâtres et les plus invétérées. »

J. B.

---

# DE L'UTÉRUS DIDELPHE

## Considéré principalement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement

*A propos d'une observation recueillie à la Maternité dans le service de M. le Dr Budin,*

Par Henri Chéron, interne du service.

(*Suite.*)

—

**Diagnostic.** — A la vue, l'abdomen développé comme dans une grossesse à terme, présente un aspect variable suivant la situation de l'utérus gravide. Ce dernier peut occuper la ligne

médiane ou, au contraire, présenter une obliquité qui porte son fond en haut et en dehors.

Dans le premier cas, l'utérus gravide occupe toute la cavité abdominale, tandis que l'utérus vide, étant en rétroversion, occupe l'excavation du petit bassin. Dans le second cas, les deux utérus s'élèvent ensemble dans la cavité abdominale et occupent chacun une des parties latérales de l'abdomen. Mais, à cause de son faible volume, l'utérus vide reste caché à la simple inspection du ventre.

Par le palper, au contraire, il est facile de le sentir sur un des côtés de l'utérus gravide, où il forme un globe dur, résistant, arrondi, rappelant absolument la forme de l'utérus normal, caractères qui doivent le faire distinguer d'une tumeur.

Par l'examen des parties génitales et par le toucher, on peut se rendre compte de la malformation utérine avec toutes les particularités qui l'accompagnent.

Au point de vue du diagnostic, il est utile de distinguer les cas dans lesquels les vagins restent bien développés et ne sont pas, l'un ou l'autre, le siège d'un rétrécissement congénital, de ceux dans lesquels un des vagins est fermé à sa partie inférieure. Dans la première catégorie de faits, le diagnostic est beaucoup plus aisé et peut être porté, même pendant la grossesse et le travail. Le toucher, pratiqué à ce moment, permet d'arriver sur deux cols, l'un appartenant à l'utérus vide, l'autre à l'utérus gravide. Le plus habituellement, pendant le travail, la cavité utérine du côté sain est perméable et il est facile d'y pénétrer. La malformation utérine sera donc reconnue, dans ce cas, et, en examinant avec le plus grand soin, il deviendra quelquefois possible de préciser la variété de malformation utérine.

L'utérus didelphe ne peut être confondu à cette époque qu'avec deux seules autres malformations : l'utérus septus et l'utérus bicornis.

Mais, tandis que, dans ces deux variétés, l'utérus vide subit, dans la cavité abdominale, un mouvement d'élévation qui l'entraîne, accolé à l'utérus gravide dont il est relativement peu indépendant, dans l'utérus didelphe au contraire, l'utérus vide,

à cause de l'indépendance considérable dont il jouit, reste, soit au-dessus de la symphyse pubienne qu'il déborde légèrement, soit au contraire en rétroversion dans le petit bassin.

C'est seulement pendant les suites de couches que le diagnostic d'utérus didelphe pourra être affirmé. Dans ce cas, on trouve, dans la cavité abdominale, les deux utérus dont les axes sont tous deux obliques, les fonds de ces organes regardant en haut et en dehors. Par le palper, on reconnaît deux utérus bien indépendants que la main peut séparer l'un de l'autre en longeant leur bord interne.

Par le toucher et le palper combinés, on s'assure de l'indépendance complète des deux utérus en longeant le bord interne du col; le doigt vaginal arrive au contact de la main qui pratique le palper et s'assure ainsi qu'aucune communication ne relie les utérus au niveau de leur bord interne.

Quand il existe une malformation du côté d'un des vagins, consistant dans un rétrécissement de sa partie inférieure, le diagnostic peut souvent présenter de sérieuses difficultés.

On peut distinguer les cas dans lesquels le produit de la conception est situé dans l'utérus correspondant au vagin fermé, de ceux dans lesquels il est situé du côté du vagin libre.

C'est dans cette dernière catégorie de faits que l'utérus vide, sur lequel le toucher pratiqué par le vagin perméable ne peut arriver qu'indirectement, peut être pris pour une tumeur.

La première catégorie de faits absolument exceptionnels peut donner lieu à d'autres erreurs. Le cas de Rossa nous en fournit la preuve. Dans cette observation, le vagin droit rudimentaire, fermé à sa partie inférieure, avait été méconnu. Par le vagin gauche perméable on ne sentait, de ce côté, que l'utérus non gravide ; par le palper, on avait senti la présence d'un fœtus de sept mois environ ; on en avait conclu par erreur qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire. (Voir les détails, Obs. de Rossa.)

*Conduite à tenir.* — Ce que nous avons dit au sujet de l'accouchement nous permet d'abréger tout ce qui est relatif à la conduite à tenir.

Dans trois cas, l'intervention active a été nécessaire. Ce sont les cas de Benicke, où il a fallu intervenir par une application de forceps ; celui de Holzapfel, par la version, enfin celui de Tschudy, par l'opération de Porro.

Dans les deux premiers cas, l'obstacle à l'accouchement résidait dans la rétroversion de l'utérus vide ; ce dernier s'enclavant dans le petit bassin empêchait la descente de la partie fœtale. Nous avons déjà signalé les moyens que l'on pourrait employer et qui sont représentés d'abord, par la réduction de la rétroversion de l'utérus vide ou, quand cette manœuvre échoue, par le forceps ou la version.

Ce qu'il y a de relatif à la cloison ne doit pas nous arrêter longtemps, car il ne s'agit pas ici d'une complication propre à l'utérus didelphe, le cloisonnement du vagin appartenant également aux autres variétés de malformations.

Nous rappelons, cependant, que deux procédés peuvent être employés : ou la section préalable de la cloison vaginale avant l'accouchement ou bien l'incision faite au moment de l'expulsion, si celle-ci est absolument nécessaire.

## I. — Observations d'utérus didelphe avec grossesse.

Dans ces observations, la malformation utérine a pu être constatée dans des circonstances variables, le plus habituellement au moment du travail ou pendant les suites de couches, beaucoup plus rarement en dehors de la gestation, à l'occasion d'une affection de l'appareil génital ; enfin, dans des cas moins fréquents, au moment de l'autopsie.

Dans cette série d'observations, c'est intentionnellement que nous ne citerons ni le cas de Kubassow, ni celui de Litschkus que l'on ne peut considérer comme des cas bien probants d'utérus didelphes (1).

---

(1) Kubassow, 1883. *Arch. f. Path. Anat. et Phys.*, vol. XCII, p. 81. Litschkus, *Wratsch*, 1885, n° 26, trad. in *Cent. f. Gyn.*, 1885, p. 670.

## Observation I (inédite).

Utérus didelphe avec vagin unique. — Grossesse actuelle évoluant dans l'utérus gauche. — Expulsion du produit de la conception à six mois. — Deux grossesses précédentes dans lesquelles le fœtus occupait la moitié droite de l'utérus didelphe.

Multipare âgée de 29 ans. La parturiente eut, à l'âge de trois ans, la variole. A l'âge de 15 ans apparurent les premières règles. Ces dernières, jusqu'à l'âge de 25 ans, où elle se maria, furent douloureuses, irrégulières et abondantes.

Indépendamment de la grossesse actuelle, elle eut deux autres grossesses. Toutes deux évoluèrent jusqu'à terme et se terminèrent par des accouchements spontanés, en présentation du sommet; les enfants, bien portants, sont actuellement vivants.

Grossesse actuelle. Dernières règles du 15 au 24 novembre 1895. Pendant toute sa grossesse, la malade se plaignait de battements de cœur fréquents. Depuis deux mois environ, elle avait de la céphalalgie intense accompagnée de troubles de la vue ; en même temps, les jambes étaient légèrement œdématiées à leur partie inférieure. Le samedi 30 mai, la parturiente, à la suite d'une course un peu longue en omnibus, perdit une petite quantité de sang. Au milieu de caillots, se trouvaient des portions de membranes d'un aspect gris rosé.

Sur les conseils d'une sage-femme, elle se met au lit et y reste jusque dans la journée du mardi ; à ce moment, elle est prise d'un violent frisson et se décide à entrer à la Maternité, le lendemain, mercredi. On prend sa température qui est de 38°5; 90 pulsations par minute. Comme elle présentait quelques phénomènes précurseurs des crises d'éclampsie : céphalalgie très intense, troubles de la vue, douleur au niveau du creux épigastrique, l'analyse des urines est faite immédiatement et permet de constater la présence d'une grande quantité d'albumine.

La malade est ensuite examinée au point de vue obstétrical par l'élève de garde; on constate que l'utérus est développé comme dans une grossesse de 6 mois environ. Par le palper, on sent le sommet engagé, le siège au fond de l'utérus, le dos à gauche et en avant, les petits membres en arrière et à droite.

Les bruits du cœur sont entendus à gauche, au-dessous de l'ombilic.

Le toucher fait constater une dilatation de l'orifice utérin égale à trois centimètres environ.

Bientôt, les contractions deviennent plus énergiques; à dix heures du soir, la dilatation est complète; on rompt les membranes et l'expulsion du produit de la conception a lieu aussitôt. L'enfant fait quelques mouvements d'inspiration et succombe. Il pèse 1.100 grammes. La délivrance est faite par quelques tractions exercées sur le cordon, quand le placenta est descendu dans le vagin.

La malformation utérine avait été méconnue par l'élève de garde ; ce n'est que quelques minutes après l'expulsion, en examinant l'abdomen de la malade, qu'on sentit, par le palper, qu'il existait, en dehors de l'utérus gravide, une masse régulière siégeant à droite, indépendante de l'utérus, sur laquelle le palper seul ne pouvait fournir que des renseignements fort vagues et dont on voulut préciser la nature par le toucher vaginal. Le doigt est introduit d'abord dans le vagin qui ne présente aucune particularité, sans aucune trace de cloison, en aucun point. On arrive sur l'orifice utérin, puis dans la cavité utérine où l'on trouve quelques caillots que l'on retire. A droite de cet orifice utérin, le doigt pénètre dans un autre orifice auquel succède une seconde cavité, présentant tous les caractères de la cavité utérine et dans laquelle se trouvent quelques petits caillots sur une caduque prête à être expulsée. Cette dernière, amenée au dehors, présente tous les caractères d'une muqueuse utérine hypertrophiée et saine.

Il existe donc deux utérus ; l'un dans lequel s'était développé l'œuf et qui répondait au globe dur et résistant qui se trouvait dans la fosse iliaque gauche, l'autre répondant à la masse située dans la fosse iliaque droite: c'était l'utérus vide.

Il s'agissait de préciser, avec soin, par le toucher bi-manuel les connexions qui reliaient ces deux utérus pour définir exactement la variété de malformation. Dans ce but, l'index qui est introduit dans le vagin vient se placer entre les deux cols et cherche à venir en contact avec l'autre main qui est posée sur l'abdomen et qui s'avance en cotoyant les bords internes des deux utérus jusqu'à la partie inférieure de l'organe. La main qui palpe se met alors en contact avec le doigt vaginal et il est facile de voir qu'il n'existe aucune connexion entre les deux utérus. Ces

deux derniers sont donc absolument indépendants. Dans ce cas, il s'agit bien réellement d'un utérus didelphe.

Interrogeant la malade à nouveau pour savoir si le produit de la conception avait toujours occupé ce même utérus dans les autres grossesses, nous recueillons les détails suivants : dans les deux grossesses précédentes, le produit de la conception occupait l'utérus droit ; l'utérus vide était alors dans la fosse iliaque gauche sous la forme d'une tumeur qui durcissait au moment des contractions. Ces contractions étaient surtout manifestes au moment du travail où l'utérus droit se contractait en même temps que le gauche.

Il résulte donc, de ce fait, que les deux utérus furent successivement gravides et que la grossesse qui évolua dans l'utérus gauche ne put aller à terme.

Comme le démontre l'interrogatoire, l'avortement fut causé par une fatigue excessive résultant d'une course prolongée en omnibus ; la malformation utérine n'est donc pour rien dans la cause de l'avortement ; l'utérus, du reste, semblait avoir une constitution parfaitement normale.

Les suites de couches évoluèrent sans présenter aucune particularité. La température revient à 37° le lendemain de l'accouchement. Sous l'influence du régime lacté absolu, l'albumine et l'œdème disparurent en quelques jours.

En examinant la malade le douzième jour après l'accouchement, on put constater à nouveau les caractères que nous avons indiqués précédemment et que l'évolution des deux utérus s'était faite d'une façon normale.

### Observation II (*Olivier*).

(*Gazette médicale de Paris*, 1872, page 163.)

Femme entrée à Lariboisière en 1869, âgée de 42 ans.

Mariée à 25 ans, cette femme a eu cinq enfants. Les quatre premiers accouchements furent très réguliers, mais au cinquième on dut faire une application de forceps.

Au moment de son admission à l'hôpital, elle prétendait être enceinte de 8 mois.

Quinze jours après elle accouchait sans difficulté après avoir eu trois attaques d'éclampsie.

Trois mois après elle mourait de cirrhose du foie.

Autopsie.

On constata deux utérus absolument séparés l'un de l'autre par un espace comblé par les anses intestinales. Le corps de l'utérus gauche offre une différence frappante avec le corps de l'utérus droit, qui est beaucoup plus petit.

Le col du côté gauche présente un orifice externe déformé ; celui du col droit présente les caractères du col vierge.

A l'angle externe de chaque utérus existe l'insertion de la trompe du ligament rond et du ligament de l'ovaire.

Le vagin est divisé en deux parties par une cloison médiane complète.

### Observation III (*Benicke*).

(*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1877, vol. I, p. 366.)

Grossesse menée à terme, développée dans l'utérus gauche. — Rétroversion de l'utérus droit empêchant l'engagement de la tête, nécessitant une application de forceps. — Bassin rétréci. — Délivrance artificielle.

La paturiente, 28 ans, primipare, est examinée par Bénicke au moment du travail. On constate que l'utérus bien développé comme dans une grossesse à terme, est situé sur la ligne médiane ; on entend les bruits du cœur fœtal à droite.

Par le palper, on sent à travers les parois utérines, le fœtus dont le sommet repose sur le détroit supérieur ; le siège occupe le fond de l'organe ; le dos est perçu directement à droite.

Il est absolument impossible de sentir l'utérus non gravide.

Au toucher, on constate que le vagin est divisé en 2 conduits par une cloison verticale, celui du côté droit un peu plus étroit. Au fond du vagin gauche est un col presque complètement dilaté. La partie supérieure de la cloison est fortement repoussée à droite par le sommet qui se présente en O. I. D. T. et sur lequel se trouve une grosse bosse séro-sanguine. Le vagin droit conduit à un col dont l'orifice externe, circulaire permet l'introduction d'un hystéromètre qui pénètre à 11 centimètres. En outre, en arrière et à droite de l'utérus gravide, le doigt vaginal arrive vers le fond de l'utérus non gravide qui est en rétroversion. Cette disposition explique comment il était impossible de le sentir par le palper. Le bassin est rétréci. Les douleurs étant très

faibles, on est obligé de pratiquer une application de forceps et on extrait un enfant vivant. Il se produit ensuite une hémorrhagie qui nécessite la délivrance artificielle.

Après la délivrance, et toujours sous le chloroforme, on constate, par le toucher combiné au palper, l'indépendance absolue des deux vagins et des deux utérus; le périnée est intact, mais la cloison inter-vaginale est légèrement entamée.

Au treizième jour après l'accouchement, l'utérus gauche mesure 7 centimètres de long, le droit 8 centimètres. Ce dernier est en rétroversion.

### Observation IV (*Sotschawa*).

(*Moskowsk. Med. Gaz.*, 1878, n° 25.— *Abst. in Cent. f. Gyn.*, 1879, n° 6, p. 152.)

Multipare de 26 ans. Dans ses antécédents, on relève deux grossesses, l'une terminée par un avortement, la seconde par la naissance à terme d'un enfant vivant. La malade vient consulter Sotschawa à cause d'une hémorrhagie. Ce dernier constate l'existence de deux vagins complètement séparés par une cloison et d'égale dimension. En outre, deux utérus complètement séparés et tous deux gravides. L'avortement eut lieu et la malade expulsa un fœtus de trois mois et un embryon de six semaines.

Cette observation est intéressante, car elle peut être considérée comme un cas fort net de superfétation.

### Observation V (*Dirner*).

(*Arch. f. Gynaek.*, vol. XXII, 1884, p. 463.— *Arch. f. Gyn.*, 1884, vol. 22, p. 463.)

Incontinence d'urine due à la dilatation de l'urèthre par la copulation. — Vagin double. — Dilatation de ces derniers. — Excision de la cloison. — Grossesses dans les deux utérus successivement.

Femme de 27 ans, bien portante.

Au bout de 10 ans de mariage, elle se plaint de perdre de l'urine à chaque coït. L'examen montre que le coït s'effectuait par le canal de l'urèthre et que le vagin était double.

La dilatation du vagin gauche permet de pratiquer le coït par

ce canal. La malade devient bientôt enceinte, mais elle fait un avortement au quatrième mois de sa grossesse.

A cette époque, souffrant de douleurs continues dans l'abdomen avec irradiation dans la région lombaire, ayant des pertes blanches très abondantes, elle se présente à l'hôpital.

On constate alors, par l'examen local, au niveau du méat urinaire largement béant, une tumeur rouge pâle, grosse comme une noix et recouverte d'épiderme.

Le vagin droit livrait actuellement passage au doigt, le gauche était plus large. Chacun d'eux correspondait à un col et les deux étaient nettement séparés. Cet état fut confirmé par un examen par le rectum et par le toucher vésical.

L'opération fut faite par le professeur Tauffer, la cloison de séparation fut enlevée en totalité. Puis on pratiqua l'excision de la tumeur uréthrale et l'on reconstitua l'orifice uréthral qui était béant.

Deux ans plus tard, la malade devenait enceinte et accouchait normalement à terme.

Par l'examen pratiqué à ce moment, on put constater que les deux utérus avaient été successivement gravides.

### Observation VII (*Nébikoff*).

(*Vratch*, Saint-Péterbourg, 1883 ; n° 23, p. 423 ; n° 25, p. 458.)

Parturiente présentant des signes de tuberculose pulmonaire, accouchant toujours spontanément avant terme, d'enfants chétifs qui succombaient rapidement après la naissance. Les deux utérus avaient été successivement gravides.

L'auteur de l'observation pense que les accouchements avant terme doivent être attribués à la tuberculose de la mère et non à la malformation utérine.

### Observation VII (*Von Engel*).

(*Archiv. f. Gyn.*, 1887, vol. XXIX, p. 43.)

Utérus didelphe avec vulve, vagin, vessie, urèthre doubles.

La parturiente a 30 ans et est primipare. Réglée pour la première fois à l'âge de 26 ou de 27 ans. Le sang commence à s'é-

couler à chaque menstruation par le vagin droit pour se continuer par le vagin gauche.

Examinée en plein travail, on constate, par l'inspection des parties génitales externes, deux vulves unies entre elles par les grandes lèvres. Chaque vulve possède deux petites lèvres bien formées et une grande lèvre externe. Au-devant de chaque vulve se trouve un urèthre conduisant à une vessie bien distincte et bien séparée, comme le démontrent les injections intra-vésicales. La symphyse pubienne fait absolument défaut. Le produit de la conception se trouve dans l'utérus droit. Du côté gauche, on constate l'intégrité de l'hymen.

On extrait un enfant vivant, par une application de forceps.

Pendant les suites de couches, on est obligé de pratiquer le cathétérisme du côté droit, tandis que la vessie gauche se vide spontanément. Vers le cinquième jour, il y eut écoulement sanguin par le vagin gauche.

### Observation VIII (*Kiderlem*).

(*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, p. 17.)

Femme âgée de 33 ans, réglée à 16 ans et ayant eu une fausse couche il y avait environ 9 ans. Souffrant de douleurs abdominales depuis trois semaines, elle vint à l'hôpital pour se faire examiner.

On constata l'existence de deux vagins et de deux utérus complètement séparés. Par l'hystéromètre, on put constater l'indépendance absolue des deux utérus. L'utérus droit mesurait 6 centimètres, l'utérus gauche 7 centimètres.

### Observation IX (*Strauch*).

(*Cent. f. Gyn.*, 1887, p. 684.)

Expulsion empêchée par la résistance de la cloison vaginale. — Section de cette dernière.

Primipare de 22 ans, réglée pour la première fois à 15 ans. Règles régulières.

On constate, à l'inspection de la vulve, que la tête se trouve coiffée par unemembrane qui représente une partie de la cloison intervaginale.

Par le toucher, le doigt introduit du côté gauche en logeant la petite lèvre du même côté, on arrive sur la tête fœtale recouverte de cette cloison ; la tête se trouvait maintenue dans cette position depuis deux heures. Pour terminer l'accouchement, il faut sectionner cette membrane sur une longueur de 4 centimètres environ.

A l'examen ultérieur, on trouve un vagin droit bien formé et un vagin gauche petit. A l'aide du spéculum, et de ce même côté, on voit une masse rougeâtre sortant du col et présentant tous les caractères d'une caduque.

Un mois plus tard, la sonde pénètre dans l'utérus droit de 9 centimètres ; dans le gauche, de 7 centimètres. Les deux sondes introduites simultanément ne se touchent sur aucun point.

### Observation X (*Las Casas dos Santos*).

(*Zeits. f. Geb. u. Gynaek.*, 1888, vol. XIV, pp. 167-170.)

**Grossesse développée dans l'utérus droit. — Rétroversion de l'utérus gauche non gravide s'opposant à l'accouchement. — Expulsion facile du fœtus après réduction de la rétroversion.**

Secondipare de 28 ans, réglée à 15 ans et ayant eu une fausse couche de 6 mois.

Sa grossesse actuelle arrive à terme ; le travail étant trop long, on examine la malade pour se rendre compte de la cause de cette lenteur. Par le toucher, on arrive sur une tuméfaction de la dimension du poing, placée en arrière et à gauche de l'utérus gravide, c'est-à-dire de l'utérus droit. Cette tuméfaction répond à l'utérus gauche qui est en rétroversion. Après la réduction de ce dernier utérus, qui est ramené en avant, la tête s'engage, et, trois heures après, l'enfant naît bien vivant.

La malade est examinée avec soin après le travail et on constate que les utérus sont bien séparés et qu'il s'agit bien d'un utérus didelphe.

### Observation XI (*Tauffer*).

(*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 236.)

**Rétroversion de l'utérus non gravide retardant l'expulsion.**

Malade âgée de 38 ans ; trois grossesses ; première grossesse normale suivie d'un accouchement à terme ; enfant vivant se

présentant par la tête ; deuxième grossesse avec présentation du siège (mode des fesses) ; troisième grossesse ou grossesse actuelle. Examen en plein travail : on constate, à l'inspection de la vulve, deux orifices conduisant dans deux vagins parfaitement distincts avec deux hymens rompus. Par le toucher, on constate, en arrière et à droite de l'utérus gravide, une masse qui répond à l'utérus vide en rétroversion. Cette disposition rendit le travail beaucoup plus lent. Après l'accouchement, on constate que les utérus sont bien séparés et répondent exactement à la description de l'utérus didelphe. En outre, ces deux utérus avaient été tous deux gravides et par conséquent pouvaient être susceptibles de gravidité simultanée et même de superfétation.

Au troisième jour après l'accouchement, une caduque apparaît hors de l'utérus droit ou utérus vide.

### Observation XII (*Althen*).

(*Cent. f. Gyn.*, 1890, p. 711.)

Avortement gémellaire à 4 mois et demi. — Rétention du placenta. — Infection utérine. — Extraction du placenta.— Guérison.

Primipare de 31 ans ; réglée depuis l'âge de 14 ans d'une façon toujours régulière. Les dernières règles eurent lieu le 23 mars 1890. Le 2 août, la parturiente expulsa un fœtus mâle de 4 mois et demi. Elle était assistée par une sage-femme et, comme trois heures après la naissance, le placenta n'était pas encore décollé, on fit venir un médecin qui prescrivit 4 grammes d'ergot de seigle. Cette médication n'eut pas d'effet sur l'expulsion du placenta, mais elle amena, le lendemain, l'expulsion d'un fœtus du même âge que le premier. Comme le placenta restait toujours dans la cavité utérine, on fit venir Althen pour pratiquer la délivrance. A ce moment la malade présentait des signes d'infection grave ; elle avait une température de 40°4.

Il trouva, à l'examen, deux vagins, d'égale dimension, séparés par une cloison médiane. Par le palper bi-manuel, on trouva un utérus de chaque côté et tous deux indépendants l'un de l'autre. De chaque côté, on sentait l'ovaire. L'extraction du placenta fut faite complètement et la malade guérit.

### Observation XIII (*Rossa*).

(Abst. in *Cent. f. Gyn.*, 1893, p. 623.)

**Grossesse développée dans l'utérus droit. — Vagin droit oblitéré à sa partie inférieure. — Déchirure spontanée de la cloison. — Délivrance artificielle.**

Secondipare de 24 ans. La première grossesse s'était terminée par un travail facile, 15 jours avant terme.

Elle est envoyée à la clinique gynécologique en vue d'y subir une laparotomie ; le médecin qui assistait cette malade ayant fait le diagnostic de grossesse tubaire avec rupture menaçante.

Examinée à la clinique, on constate un utérus développé comme dans une grossesse de 7 mois et demi environ. Le palper fait reconnaître une présentation du sommet qui est engagé dans l'excavation, et ne permet de sentir aucune tumeur devant répondre à l'utérus vide.

L'examen des parties génitales externes semble ne présenter rien d'anormal. Par le toucher, on arrive sur une tumeur sphérique qui donne la sensation de la tête recouverte de parties molles, ces dernières semblant répondre à la cloison de séparation des deux vagins. Le doigt, en pénétrant plus profondément, arrive sur un col ouvert, perméable, qui répond à l'orifice externe de l'utérus non gravide. Il semble résulter de cet examen qu'il existe deux vagins : l'un, le droit, se terminant en cul-de-sac inférieurement et dans lequel s'engage la tête fœtale ; l'autre, le vagin gauche, représente le vagin perméable, lequel fait suite à l'utérus non gravide. Ajoutons que la cloison de séparation des deux vagins se trouve distendue et refoulée par la tête qui s'en trouve comme coiffée. A ce niveau se trouve une petite ouverture d'un centimètre de diamètre par laquelle le doigt sent l'amnios fortement tendu. Cette ouverture paraît être de date ancienne et c'est probablement par elle que devait se faire l'écoulement des règles de l'utérus droit. C'est à cette disposition qu'il faut vraisemblablement attribuer l'absence d'hématométrie ou d'hématocolpos.

Sous l'influence des contractions utérines la cloison de séparation des deux vagins cède et se déchire. La tête arrive à la vulve, le dégagement s'opère en produisant une déchirure périnéale. Après avoir attendu longtemps, le placenta ne se détachant pas,

on est obligé de recourir à la délivrance artificielle. Pour cela, la main est obligée de passer de la vulve dans le vagin droit à travers la fente de la cloison intervaginale.

Le décollement du placenta se fait sans difficulté. En explorant le vagin gauche, on arrive dans la profondeur sur le col de l'utérus gauche qui présente une dilatation de 2 centimètres.

Le toucher combiné au palper permet de constater l'augmentation de volume de cet utérus et en outre l'indépendance absolue de l'utérus droit et de l'utérus gauche. Il s'agit donc encore d'utérus didelphe.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que, dans une première grossesse qui eut lieu dans l'utérus gauche, tout évolua d'une façon parfaitement normale, tandis que l'autre, qui eut lieu dans l'utérus droit, à cause de l'imperforation du vagin droit, donna lieu à une série de difficultés : 1° difficultés de diagnostic, puisqu'on crut d'abord à une grossesse extra-utérine ; 2° difficultés pendant l'accouchement à cause de l'obstacle apporté par la cloison de séparation des deux vagins et par la nécessité d'une délivrance artificielle.

### Observation XIV (*Holzapfel*).

(*Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 873.)

**Vagin gauche oblitéré à sa partie inférieure, et pyocolpos dans sa partie supérieure. — Incision, drainage de cette cavité. — Grossesse dans l'utérus gauche. — Rétroversion de l'utérus droit non gravide s'opposant à l'accouchement spontané et nécessitant la version podalique par manœuvres internes. — Mort de l'enfant pendant l'extraction.**

Primipare de 25 ans, réglée à 16 ans. Règles régulières, mais douloureuses jusqu'à 20 ans. A ce moment, les règles deviennent très irrégulières, restent douloureuses et s'accompagnent de pertes purulentes. Examinée une première fois, à cette époque, on constate à l'inspection des parties génitales externes que l'hymen est intact ; le doigt pénétrant dans le vagin arrive sur le museau de tanche d'un premier utérus, dont l'orifice regarde directement à gauche. Le fond de cet utérus est repoussé en haut et à droite par une masse assez considérable qui fait également saillie sur la paroi latérale gauche de ce vagin. En exerçant une pression sur ce renflement, c'est-à-dire au niveau de la paroi

latérale gauche du vagin, on fait sortir, à ce niveau, une goutte de pus.

On pratique l'excision complète de cette paroi, on nettoie la cavité et l'on pénètre alors dans un second vagin, c'est-à-dire dans le vagin gauche fermé à sa partie inférieure. A sa partie supérieure le museau de tanche d'un second utérus ou utérus gauche. Le fond de cet utérus peut être senti et est situé à gauche. L'orifice cervical très petit ne veut pas se laisser pénétrer par l'hystéromètre.

Quatre ans plus tard, la malade revient accoucher. Examinée, on constate par le palper, une présentation du sommet au détroit supérieur ; par le toucher, on arrive d'abord sur un col légèrement perméable et dans la cavité utérine qui est tapissée par une muqueuse épaisse. On sent également le fond de cet utérus, qui est en rétroversion dans la concavité du sacrum. Cet utérus représente l'utérus droit non gravide. Entre le col de ce dernier, qui est en avant, on arrive sur le col de l'utérus gauche qui présente une dilatation de 6 centimètres. A la dilatation complète, la tête ne s'engageant pas et étant retenue au détroit supérieur, à cause de l'augmentation de volume et de la rétroversion de l'utérus non gravide, on est obligé de recourir à une version podalique. L'enfant meurt pendant l'extraction. La malade examinée après la délivrance, on constate la séparation absolue des deux utérus. Les suites de couches furent normales.

### Observation XV (*Von Ditter*).

(*Cent. f. Gynak.*, 1894.)

**Accouchement à terme après déchirure spontanée de la cloison.**

La parturiente est primipare. Examinée pendant le travail, on constate une présentation du siège mode des fesses. Il existe deux vagins séparés par une cloison ; le vagin gauche un peu plus grand que le droit. Par celui-ci, on arrive sur le col de l'utérus non gravide ; par l'autre, sur un col dilaté et sur la partie fœtale représentée par un siège décomplété, mode des fesses. L'accouchement se termine spontanément après déchirure de la cloison, par la naissance d'un enfant vivant.

L'examen vaginal fait pendant les suites de couches qui furent normales, fit constater que les deux utérus étaient indépendants.

## Observation XVI (*Tschudy*).

(*Arch. f. Gyn.*, 1895, vol. XLIX, part. 3, p. 471.)

Grossesse dans la moitié gauche d'un utérus didelphe qui était le siège d'hématométrie. Obstacle à l'accouchement dû à la sténose de l'orifice du col. — Opération de Porro. — Guérison.

Primipare de 30 ans. Réglée à 18 ans. Les règles étaient régulières, modérées et primitivement indolores ; mais au bout de deux ans la malade souffrit beaucoup à l'approche des règles, si bien qu'elle demanda à entrer à l'hôpital. Par l'examen vaginal, on constata un utérus didelphe dont la moitié gauche était le siège d'une hématométrie . Elle fut opérée de cette affection.

A 29 ans, elle devient enceinte. La grossesse évolue jusqu'à terme sans présenter le moindre accident.

L'année suivante, après 3 jours de travail, la malade, ne pouvant accoucher spontanément, entre de nouveau à l'hôpital.

On constate par le palper que l'utérus gauche, c'est-à-dire l'utérus gravide, reste très contracté, même dans l'intervalle des contractions. A sa droite, se trouve l'utérus vide légèrement augmenté de volume. Par le toucher, on arrive sur les deux cols, celui qui correspond à l'utérus gravide étant à peine entr'ouvert et inextensible.

En présence de la longueur du travail, de l'intensité des contractions qui faisaient craindre une rupture utérine et de l'état d'étroitesse du col, on décide de faire une laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'utérus droit entièrement distinct du gauche et ayant sa trompe et son ovaire insérés au niveau de la corne droite.

On fait l'extraction d'un enfant en état de mort apparente qu'on peut ranimer, mais qui succombe au bout de douze heures.

L'utérus fut amputé selon la méthode de Porro.

Au niveau de la corne gauche de l'utérus didelphe, se trouvaient insérés une trompe et un ovaire ; ce dernier contenait un corps jaune.

La malade guérit complètement de son opération.

## Observation XVII (*Giles*).

(*Transactions of the Obst. Society of Lond.* vol. XXXVII, 1895, p. 301.)

Séparation des deux vagins. — Déchirure de la cloison au moment de l'accouchement. — Douleurs au niveau de la cicatrice qui nécessite l'ablation de la cloison.

Primipare de 31 ans. La malade entra à l'hôpital de Middlesex le 17 août 1895.

Réglée à 16 ans. Règles durant de trois à quatre jours en moyenne et revenant régulièrement tous les mois, en général non douloureuses, excepté les six derniers mois.

Mariée à 24 ans. Six mois plus tard, elle fit un avortement de trois mois et demi. Deux ans après, elle accouchait d'une fille actuellement vivante et bien portante. L'accouchement semble avoir été parfaitement naturel.

Après ses suites de couches, la malade commença à souffrir de douleurs sourdes dans le bas-ventre et, en même temps, on constata au niveau des organes génitaux une membrane qui faisait saillie hors de la vulve et qui n'existait pas avant l'accouchement.

La gêne qu'occasionna cette membrane décida la malade à entrer à l'hôpital pour en demander l'ablation.

Examinée à ce moment, on constata qu'un lambeau charnu faisait saillie et qu'il représentait la partie inférieure d'une crête saillante qui s'étendait tout le long de la paroi postérieure du vagin en suivant la ligne médiane.

Sur la paroi antérieure existait également une crête médiane.

Ces deux saillies devaient être considérées comme les restes d'une cloison antéro-postérieure divisant le vagin en deux parties, un vagin droit, et un vagin gauche.

L'examen au spéculum montra un premier col avec un orifice cervical externe de multipare ; c'était le col de l'utérus qui avait été gravide. A côté de lui, on pouvait voir un deuxième col présentant l'aspect du col des nullipares.

Il fut facile de faire pénétrer l'hystéromètre dans les deux orifices et de constater l'indépendance et la divergence de ces deux utérus.

C'est ce que l'on affirma également par le toucher vaginal combiné à l'examen abdominal.

La crête fut enlevée, la malade quittait l'hôpital le dixième jour, complètement guérie.

OBSERVATION XVIII (*Rossier*).

(*Rev. méd. de la Suisse Romande*, n° 3, p. 159. — Société vaudoise de médecine, 1895.)

Utérus didelphe.

Rossier présente l'observation d'une malade qui avorta au second mois de la grossesse et qui présentait un utérus didelphe.

Au toucher et à la vue, on pouvait constater chez cette femme, le vagin divisé en deux parties par une cloison.

A l'examen bi-manuel, on sentait les deux corps et les deux cols bien distincts.

Une hémorrhagie persistante nécessita le curettage de l'utérus gauche.

Voici quelques autres observations dont nous n'avons pu retrouver que les indications bibliographiques :

SOLMAN. — Utérus didelphys ; graviditas (*Medyc.*, Wurz, 1893, XXI, 81, 105).

SIMON. — Un cas d'utérus didelphe, chez une femme qui a eu 7 enfants et chez laquelle la malformation n'avait pas été reconnue. Les deux utérus avaient été successivement gravides (*Centralbl. f. Gyn.*, 1893, p. 1313).

Pour être complet et pour servir à ceux que cela peut intéresser, nous avons cru devoir ajouter les indications bibliographiques d'*utérus didelphe* chez des nullipares, que nous avons réunis au cours de nos recherches.

(*A suivre*).

---

# Des adhérences balano-préputiales chez l'enfant

par le Dr FAUQUEZ, médecin-adjoint de Saint-Lazare

—

Le 24 avril 1895, M. le docteur Baumel, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, chargé du cours clinique

des maladies des enfants, à fait une intéressante leçon sur les adhérences balano-préputiales chez l'enfant. Il a appelé l'attention de ses auditeurs sur cette anomalie très fréquente et cependant peu étudiée, car on ne trouve, a-t-il dit, presque pas de renseignements sur ce sujet dans les ouvrages classiques de pédiatrie aussi bien chirurgicaux que médicaux. Il cite Baginski comme le seul qui les ait signalées en une page. Ces adhérences simplement épithéliales sont faciles à détacher. Elles peuvent intéresser la base du gland ou un point quelconque de sa surface ; quelquefois l'adhérence est totale entre le gland et le prépuce. Quand elles siègent à la base du gland, elles constituent comme un pont jeté entre celui-ci et le prépuce.

« Le pont inter-balano-préputial, dit M. le Dr Baumel, présente « souvent un ou deux points de solution de continuité qui per- « mettent facilement l'introduction d'un stylet ou d'une sonde « cannelée, à l'aide desquels on peut ainsi, de droite et de gau- « che, faire le tour de la base du gland et détacher les adhéren- « ces sans la moindre goutte de sang. Généralement les deux « côtés du filet constituent deux culs-de-sac dans lesquels on « arrive par l'introduction latérale de l'instrument employé. « Les solutions de continuité de l'adhérence existant sur la face « ventrale ou supérieure et sur les côtés de la verge.

« Au-dessous se fait une accumulation plus ou moins abondan- « te de matière sébacée que l'on peut voir par transparence avant « la rupture de l'adhérence et qui d'ailleurs est mise en liberté « aussitôt après. »

Ces adhérences peuvent s'observer à tous les âges. Le Dr Baumel les a vues chez des enfants âgés de moins de deux mois et chez des adultes. Il les considère comme certainement congénitales et rapproche de cette anomalie l'adhérence des petites lèvres qu'on rencontre chez les petites filles et qui peut au premier abord faire croire à un vice de conformation des organes génitaux.

Le symptôme le plus fréquent des adhérences balano-préputiales est fourni par les envies fréquentes d'uriner qui font souvent croire à l'existence d'une cystite ou d'un calcul vésical.

Puis viennent les mictions douloureuses, les coliques, la sensibilité de la verge, les érections résultant de l'excitation génitale produite par l'accumulation du smegma préputial au-dessous des adhérences. Cette accumulation peut même amener de la balano-posthite, de la suppuration avec excoriation du prépuce. Le Docteur Baumel conseille d'intervenir dès que l'existence des adhérences balano-préputiales est reconnue, car, chez l'enfant, en dehors des coliques, des mictions douloureuses et de la balano-posthite, l'excitation génitale et les érections peuvent conduire à l'onanisme et, chez l'adulte, la persistance de ces adhérences constitue un obstacle ou tout au moins une gêne à l'accomplissement du coït et une prédisposition très grande aux maladies vénériennes. Le traitement qu'il conseille consiste à détacher les adhérences avec une sonde cannelée ou un stylet, à laver ensuite à l'eau boriquée et à enlever avec soin toute la matière sébacée retenue par les adhérences. On peut, au besoin, enduire le gland de vaseline boriquée.

Il peut se produire, le jour même de l'opération, un peu d'œdème préputial en raison de la laxité extrême du tissu cellulaire et de l'inflammation que peut provoquer le léger traumatisme qui résulte de la petite opération.

Le Dr Baumel n'a vu que très exceptionnellement sur le grand nombre de cas qu'il a opérés, se produire une légère hémorrhagie. Il conseille enfin de recommander aux parents de l'enfant de laver plusieurs fois par jour, pendant une quinzaine environ, le gland et le prépuce, afin d'empêcher la reproduction des adhérences.

J'ai lu avec d'autant plus d'intérêt cette leçon du Dr Baumel publiée dans le n° du 28 mai dernier du *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, que j'ai eu l'occasion il y a environ deux mois de pratiquer la petite opération de la destruction des adhérences balano-préputiales chez un jeune garçon de 12 ans que le Dr Chéron avait confié à mes soins, dans le but d'obtenir la guérison d'une chorée intense au moyen de l'électricité statique.

Au cours du traitement électrique qui a amené, en peu de

temps, la disparition complète et durable de la chorée, la mère de ce jeune garçon me confia qu'elle était très tourmentée de ce que son fils urinait deux ou trois fois chaque nuit. Cette infirmité durait depuis sa plus tendre enfance et rien jusqu'alors n'avait apporté d'amélioration à cet état d'autant plus pénible et préoccupant que l'enfant avançait en âge. J'essayai de mon côté au moyen des médicaments habituellement employés contre l'incontinence d'urine, au moyen des applications du courant continu sur le col de la vessie et sur la vessie elle-même, de modifier cette situation. Aucun résultat ne vint couronner mes efforts.

C'est alors que le Dr Chéron, à qui j'avais conseillé de ramener l'enfant dont la chorée commençait à être très notablement diminué, reconnut l'existence d'adhérences balano-préputiales auxquelles il attribua, avec juste raison, la cause de cette incontinence d'urine. Il me renvoya le mère et l'enfant avec le conseil d'opérer le détachement de ces adhérences qui, selon lui, étaient la cause des mictions nocturnes et involontaires.

Je constatai que les adhérences étaient étendues à toute la surface du gland, sans une seule solution de continuité. Elles remontaient jusqu'au voisinage du méat urinaire.

Pour me faire un passage, je dilatai l'orifice du prépuce avec un dilatateur utérin à deux branches. Cette dilatation produisit, en même temps, le détachement des adhérences voisines, de sorte que je pus, dans une première séance, aidé de quelques petits coups de sonde cannelée, faire franchir à l'extrémité du gland l'orifice du prépuce.

En raison de l'étendue très grande des adhérences et de leur résistance, je décidai, afin de produire le moins de traumatisme possible, de ne pas aller plus loin et d'employer plusieurs séances s'il le fallait pour détacher complètement les adhérences. Après un lavage avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, j'introduisis, par l'orifice du prépuce, de la poudre de Traumatol et je donnai rendez-vous à mon jeune client pour le surlendemain.

En cinq séances j'ai détaché toutes les adhérences qui unissaient intimement le prépuce au gland, sans une seule goutte de sang, sans le moindre œdème préputial, sans la plus légère trace

d'inflammation. Je n'ai pas trouvé trace de smegma, ce qui s'explique par l'adhérence totale du prépuce au gland. Lorsque celui-ci a été complètement libéré, j'ai recommandé aux parents de faire, pendant quelques jours, avec grand soin, des lavages, matin et soir, avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée et d'appliquer entre le prépuce et le gland, afin d'éviter le retour des adhérences, une couche très mince d'ouate hydrophile imbibée de la même liqueur.

J'ai revu ce jeune garçon plusieurs fois depuis sa petite opération ; il n'a plus jamais uriné au lit.

La muqueuse du gland et celle du prépuce sont absolument normales et il n'y a aucune préoccupation à avoir au sujet du retour des adhérences.

Je n'avais point interrompu l'application de l'électricité statique sous forme de souffle dirigé sur la nuque, le long de la colonne vertébrale et sur les membres. Ce traitement m'a donné le résultat le plus complet et mon jeune client s'est trouvé débarrassé presqu'en même temps de sa chorée et ses mictions au lit.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE.

*Séance du* 6 juillet 1897.

### OPÉRATION CÉSARIENNE.

Pinard fait un rapport sur trois observations adressées à l'Académie et relatives à des cas d'opération césarienne.

La première de ces observations a été adressée par M. Lecerf (de Valenciennes). Il s'agit d'un cas de dystocie chez une femme sur le point d'accoucher et atteinte de fibromes utérins. M. Lecerf fit l'opération césarienne. La mère et l'enfant furent sauvés. Malgré ce beau succès, M. le rapporteur estime que, dans ce cas, il aurait mieux valu faire l'hystérectomie abdominale totale.

La seconde observation est de M. Poncet (de Cluny). Il s'agissait d'une jeune femme qui se serrait beaucoup dans son corset et qui avait un enchondrome de l'utérus. Comme elle ne pouvait

pas accoucher, M. Poncet (de Cluny) fit l'opération césarienne. La femme et l'enfant sont morts. M. Poncet incrimine surtout, dans ce cas, le corset comme la principale cause de tous les maux, y compris l'enchondrome généralisé, qui ont emporté cette femme.

Le troisième cas, fort intéressant, appartient à M. Mouchet (de Sens). Une femme de trente-huit ans, ayant eu onze grossesses, fut prise de métrorrhagies qui étaient symptomatiques d'un fibrome utérin remontant jusqu'à l'ombilic. Elle était enceinte de huit mois et demi et l'enfant était vivant. Lorsque les fausses membranes se furent rompues, M. Mouchet se demanda s'il fallait faire l'embryotomie ou s'il valait mieux recourir à l'opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. L'embryotomie doit être considérée aujourd'hui comme un opprobre scientifique, et il faut savoir gré à M. Mouchet d'avoir choisi l'hystérectomie abdominale totale. Il fit donc cette opération, en suivant le procédé de Doyen, mais en le modifiant fort heureusement au point de vue de l'hémostase. M. Pinard proteste ici de toute son énergie contre cette assertion plusieurs fois émise par le chirurgien rémois, que le chirurgien de nos jours doit avoir le mépris du sang et ne pas s'attarder à assurer une hémostase inutile. C'est là une assertion contre laquelle on ne saurait protester avec trop d'énergie et il faut féliciter M. Mouchet de n'avoir pas suivi les préceptes posés par M. Doyen.

M. Guéniot estime, avec M. Pinard, que dans des cas de fibromes utérins chez des femmes au terme de la grossesse, c'est à l'hystérectomie abdominale totale qu'il faut donner la préférence. Toutefois, lorsque le corps fibreux est indépendant du tissu utérin, on peut se contenter de l'incision césarienne.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du* 16 *juin* 1897.

### PROCÉDÉ D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.

M. Richelot. L'hystérectomie abdominale peut être dirigée contre les affections des annexes. Je n'ai rien abandonné de mes anciennes préférences pour l'hystérectomie vaginale, mais dans certains cas, où l'on a commencé par l'incision abdominale, au point de vue de la guérison définitive, l'ablation de l'utérus nous paraît presque indispensable — même par la voie abdominale. —

C'est Delagenière qui, chez nous, l'a défendue. Et me sentant plus rassuré par une technique meilleure, je pense que l'hystérectomie abdominale totale me paraît le complément naturel et obligé de l'ablation des annexes. La présence des poches purulentes rend la technique un peu différente. Après avoir détaché la séreuse antérieure, pincé les uretères et ouvert le cul-de-sac antérieur, on renverse le col d'arrière en avant et on décolle le péritoine postérieur, et de bas en haut on ouvre ou on détache les poches purulentes annexielles en plaçant des pinces sur les ligaments larges, et on peut arriver à avoir d'un seul bloc tout l'appareil utéro-ovarien. Mais la rupture peut avoir lieu et alors elle a lieu dans la partie pelvienne de l'opération, en dehors de la cavité péritonéale protégée par des compresses. Puis je ferme l'ouverture vaginale et pratique les sutures péritonéales, après avoir eu soin de drainer avec un gros drain.

(*La France méd.*)

---

*Séance du* 30 *juin* 1897.

HYPERTROPHIE DOULOUREUSE DES MAMELLES ; MASTOPEXIE.

M. Pousson (de Bordeaux). — Je tiens à rapporter l'observation d'un cas d'hypertrophie douloureuse des mamelles pour lequel j'ai pratiqué la matopexie bilatérale. Il s'agit d'une femme, entrée dans mon service à l'hôpital Saint-André, pour une tumeur du sein gauche. L'examen me permit de constater une hypertrophie considérable des deux mamelles chez cette personne, fort grasse d'ailleurs, mais je ne trouvai pas de tumeur. Cependant, comme la malade souffrait au point de ne pouvoir supporter de corset et qu'elle était incapable de se livrer à aucun travail, je lui proposai une intervention qui devait porter à la fois sur les deux seins. L'opération, acceptée, fut la suivante: les mamelles étant extrêmement volumineuses et descendant jusque sur les aines, je taillai au-dessus de chacune d'elles un croissant à concavité inférieure, dont la partie la plus large mesurait quatre bons travers de doigt et dont les cornes se perdaient sur les parties latérales de chaque glande mammaire. J'eus soin dans mon incision inférieure d'intéresser la glande et j'enlevai ainsi avec la peau tous les plans sous-jacents, jusqu'à l'aponévrose du grand pectoral. J'obtins de cette façon une brèche très profonde à cause du

développement considérable du pannicule adipeux. Je passai alors dans la mamelle un certain nombre de fils à l'aide desquels je relevai la glande et la fixai aussi haut que possible à l'aponévrose du grand pectoral. Je pratiquai ensuite au catgut une suture en étage du pannicule adipeux et terminai l'opération par une suture intradermique de la peau. Du côté droit, la réunion se fit par première intention; quant au côté gauche, opéré cependant le premier, il y eut une très légère suppuration rapidement tarie. A part ce petit incident, les suites opératoires furent des plus heureuses, car au point de vue esthétique la difformité due à l'hypertrophie des mamelles a en partie disparu, et, de plus et surtout, les douleurs très vives qu'éprouvait la malade ne se sont plus manifestées.

A propos de cette observation, je rappellerai qu'on a beaucoup discuté sur la pathogénie de la névralgie de la mamelle dans l'hypertrophie de cette glande. Or, il ne me paraît pas impossible que le tiraillement provoqué sur les nerfs par le poids considérable du sein ne puisse être invoqué pour expliquer les troubles douloureux. A ce dernier point de vue, il me semble que l'on doit rapprocher de l'hypertrophie de la glande mammaire ces cas de mamelles piriformes, à long et étroit pédicule, qui s'accompagnent souvent de phénomènes douloureux justiciables de la même interprétation, et je pense qu'ici, comme dans l'hypertrophie mammaire douloureuse, la mastopexie peut être à l'occasion indiquée.

(*La Semaine médicale*).

---

*Séance du 7 juillet* 1897.

DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.

M. Reclus.— M. Richelot nous a donné tout récemment communication d'un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale.

Depuis quelques années, cette opération a reçu plusieurs solutions élégantes. Pour ma part, je reste fidèle au procédé de Doyen, de Reims, qui me donne d'excellents résultats. Tout le monde sait en quoi consiste ce procédé : laparotomie, mise à nu du fibrome, saisie du fibrome au moyen d'un tire-bouchon, effraction du cul-de-sac postérieur qu'on fait saillir au moyen d'une

pince introduite dans le vagin ; désinsertion du vagin au ras du col utérin, sections des deux ligaments larges.

La question de l'hémostase provisoire dans cette opération a été fort discutée. M. Doyen la rejette. Pour ma part, cette question est d'ordre secondaire. Cette hémostase peut se faire utilement, mais elle n'est pas indispensable. L'hémostase se fait facilement. à ciel ouvert, au moment de la section des artères au cours de l'opération. D'autre part, en mettant des pinces préalablement, l'utérine souvent n'est pas saisie.

Une fois l'utérus enlevé, l'opération est terminée. Doyen et Richelot réunissent les lèvres du péritoine et ferment le vagin. Pour Martin, cette même façon de procéder améliore notablement les statistiques.

Je suis partisan aussi de la suture du péritoine qui fait en même temps l'hémostase. Mais je suis, par contre, opposé en principe à la fermeture du vagin, surtout s'il y a eu de grands délabrements, quand l'opération a duré longtemps et que l'infection est à redouter (cas de pyosalpinx). On laissera donc le vagin ouvert et l'on fera le drainage.

Comme M. Richelot, je n'aime pas pour les sutures, le fil de soie passant dans le vagin, et je remplace la soie par le catgut.

J'ai pratiqué, en somme, 10 hystérectomies abdominales totales ; 8 fois il s'agissait de gros fibromes purs. J'ai opéré suivant Doyen, et les résultats ont été excellents, sans fermeture du vagin, 2 fois le fibrome était compliqué de lésions des annexes. Dans un de ces cas, la malade est morte brusquement en quittant l'hôpital, sans doute à la suite d'une embolie.

En somme, je conclurai de la façon suivante : à l'heure qu'il est l'hystérectomie abdominale totale est une excellente opération qui donne d'aussi bons résultats qu'en donnait, il y a 15 ans, l'ablation du kyste de l'ovaire. Parmi les procédés excellents il faut placer en première ligne celui de Doyen qui a une valeur incontestable.

M. Reynier. — Le procédé que M. Richelot nous a préconisé récemment est à coup sûr un excellent procédé, rapide et élégant, mais j'estime qu'il n'est pas applicable à tous les cas de fibrome. Quand l'utérus fibromateux est de moyen volume, tous les procédés opératoires d'ailleurs sont faciles ; quand il a un volume considérable, l'opération, quelle qu'elle soit, est toujours épineuse ;

la recherche de l'artère utérine dans ces cas est difficile. Dans ces cas, le morcellement préliminaire de la tumeur me semble allonger inutilement l'opération.

L'important dans l'hystérectomie abdominale totale, c'est d'aller vite. Il faut donc toujours donner la préférence aux procédés rapides. Parmi ceux-ci, l'opération de Doyen occupe le premier rang. Le procédé de M. Richelot n'est donc pas applicable à tous les cas. Dans ce procédé, on fait le décollement de la vessie de haut en bas, ce qui est moins facile que de le pratiquer de bas en haut.

Mais, si je donne toujours la préférence au procédé de Doyen, j'ai bien soin de ne pas imiter M. Doyen quand il recherche le brio en opérant. Je fais donc l'hémostase provisoire en plaçant des pinces. Il faut s'occuper surtout de l'utéro-ovarienne ; il est moins utile de pincer l'utérine. On pince cette dernière quand on décolle la vessie de l'utérus.

Je suis de l'avis de M. Reclus pour la non-fermeture du vagin, surtout quand l'infection est à craindre, qu'une salpingite a coexisté avec le fibrome. Je laisse donc le vagin ouvert et je place une mèche de gaze qui ne pénètre pas dans l'abdomen. J'emploie comme M. Richelot, le fil de catgut.

Quant à l'hystérectomie abdominale totale faite pour lésions des annexes, je me sépare un peu de M. Richelot. Quand les deux annexes sont suppurées, l'hystérectomie vaginale seule ne suffit pas. Dans ce cas, en effet, il faut souvent faire une opération complémentaire, et extirper les annexes par la laparotomie. Je crois donc qu'en général dans les lésions complexes des annexes la laparotomie d'emblée est supérieure. Et, comme dans ces cas il est souvent indispensable de faire un drainage vagino-abdominal, mieux vaut enlever l'utérus en même temps. Donc si M. Richelot fait de parti pris l'hystérectomie abdominale totale, dans les lésions des annexes, moi je la fais en quelque sorte la main forcée.

(*La Médecine moderne.*)

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

CINQUIÈME SESSION TENUE DU 22 AU 24 AVRIL 1897

(*Suite.*)

### LÉSIONS DU FOIE ET DES REINS CHEZ LES ÉCLAMPTIQUES ET LES FŒTUS ISSUS DES FEMMES ÉCLAMPTIQUES (*suite*).

Dans les 4 autres cas, il n'y avait pas trace d'hémorragies. Une fois, il existait des lésions spéciales caractérisées par une congestion des lobules et des lésions cellulaires. Les cellules hépatiques étaient grosses, avaient 2 ou 3 noyaux. Elles avaient l'aspect trouble et présentaient par places l'état vacuolaire.

Une fois, nous avons trouvé un gros foie jaune, mais sans apparence graisseuse. Dans ce cas, les vaisseaux des espaces portes présentaient une dégénérescence hyaline de leurs parois épaissies; il y avait une néo-formation considérable des canalicules biliaires.

Enfin et surtout on trouva toutes les lésions de l'ictère grave, c'est-à-dire la dégénérescence des cellules hépatiques (noyau peu apparent, protoplasma trouble, diffluent ; cellules irrégulières, mal délimitées, désagrégées par points). Or ces lésions coïncidaient avec un gros foie.

Dans les deux derniers cas qui nous restent à étudier, nous avons trouvé ce qui suit : un gros foie et histologiquement des sortes d'infarctus, à la périphérie desquels il y avait des cellules hépatiques normales et au centre des cellules hépatiques tassées, en dégénérescence graisseuse.

Telles sont les lésions que nous avons trouvées dans le foie des éclamptiques. Y a-t-il donc véritablement un foie éclamptique ? Pratiquement, oui ; scientifiquement, non. En tout cas, l'hémorragie n'est pas la caractéristique de ce foie. Les hémorragies constituent une lésion secondaire, à tout état infectieux ou toxique. Ce qui est capital dans le foie des éclamptiques, ce sont les lésions cellulaires. Ces lésions sont tantôt corrélatives aux hémorragies qui se font dans les espaces portes (dégénérescence hyaline) ; tantôt il s'agit des lésions cellulaires de l'ictère grave ; tantôt on observe la dégénérescence granulo-graisseuse de ces cellules hépatiques.

Il y a donc, dans le foie des éclamptiques, altération des cellules hépatiques avec ou sans hémorragie.

Mais, de plus, nous avons parfois trouvé dans les vaisseaux portes des embolies de cellules hépatiques, déjà signalées par Klebs (1888). Une fois nous avons trouvé des embolies dans un vaisseau sus-lobulaire.

On peut se demander si ces embolies ne sont pas pour quelque chose dans le syndrome des accès d'éclampsie, si elles peuvent être chassées vers le cerveau ?

Ces embolies pénètrent dans les vaisseaux du foie après destruction du tissu hépatique par les foyers hémorragiques. Nous n'avons jamais trouvé dans le foie d'embolie des cellules géantes du placenta que signale Schmorl.

Jamais nous n'avons trouvé de microbes dans le foie des éclamptiques ; pas même le coli-bacille.

Quant aux lésions du rein, dans l'éclampsie, elles sont caractérisées par des lésions de néphrite, des foyer hémorragiques. Nous n'avons jamais trouvé d'embolies hépatiques. Jamais de microbes.

Quelles sont maintenant les lésions des fœtus de femmes éclamptiques ?

On peut trouver dans le foie et les reins des fœtus les mêmes lésions que chez la mère.

Sur 6 enfants examinés, 4 fois nous avons trouvé des foyers hémorragiques dans les espaces portes et même dans les lobules. Mais dans 2 cas, nous n'avons trouvé aucune lésion.

Donc les lésions du foie chez le fœtus d'une femme éclamptique ne sont pas constantes.

Dans le rein on peut trouver de même des lésions hémorragiques.

De plus, aussi bien dans le foie que dans le rein, on trouve des lésions cellulaires, analogues à celles qu'on trouve dans les organes de la mère.

Mais ces lésions du foie des fœtus issus des femmes éclamptiques ne sont pas pathognomoniques de l'éclampsie. On peut les rencontrer chez d'autres fœtus, issus de femmes infectées ou intoxiquées, ou encore de femmes ayant présenté un travail long.

Toute infection ou intoxication de la mère peut produire chez le fœtus des lésions hépatiques caractérisées par des hémorragies ou des altérations cellulaires.

M. Fochier. M. Bar vient de nous dire que les lésions du foie dans l'éclampsie n'étaient pas pathognomoniques de cette affec-

tion, mais étaient réductibles cependant à un état infectieux certain.

M. Bar admet donc l'origine infectieuse de l'éclampsie ?

M. Bar. — J'avais prévu cette objection.

Les lésions du foie, dans l'éclampsie, ne sont pas produites par l'action directe des microbes sur le tissu hépatique ; elles sont néanmoins d'origine infectieuse ou plutôt toxique. Les toxines peuvent être microbiennes ou non. Quant au point de départ de ces toxines, nous ne le savons pas.

M. Claude, d'ailleurs, vient de montrer que par des injections sous-cutanées de toxines on pouvait produire expérimentalement toutes les lésions du foie éclamptique.

M. Budin. — Ces données sont très intéressantes. Elles montrent combien l'éclampsie est à redouter chez les femmes enceintes placées dans de mauvaises conditions hygiéniques, chez lesquelles les intoxications, surtout les auto-intoxications, sont si fréquentes.

---

### DU MASSAGE POUR L'APPRÉCIATION DES SIGNES DE PROBABILITÉ DE LA GROSSESSE.

M. Stapfer. — Grâce au palper-massage, c'est-à-dire au palper bimanuel combiné au massage, on peut surprendre souvent sur le fait une grossesse au début.

Les signes qu'on obtient par le palper-massage sont les suivants :

1° L'aplatissement, l'assouplissement du ventre, dès le début de la grossesse, suivant de peu une absence de règles. Cet aplatissement est un bon signe de début de grossesse ;

2° La consistance de l'utérus, ferme et élastique, facile à apprécier par le palper-massage, est un excellent signe de grossesse ;

3° Par le palper-massage, on peut facilement mettre en évidence le signe de Hegar (ramollissement extrême du segment inférieur et aplatissement d'avant en arrière de ce segment), signe qui a une grande valeur au début de la grossesse ;

4° Enfin si, par le palper-massage, on peut réduire et maintenir réduit un utérus jusque-là dévié, il s'agit très probablement d'un utérus gravide.

---

*Séance du 23 avril (soir).*

DISCUSSION SUR L'AVORTEMENT HABITUEL.

M. Charpentier fait son rapport sur la question.

M. Grünfeld. — Il me semble que les vieilles périmétrites, avec adhérences et reliquats de pelvipéritonites, ne sont pas toujours innocentes pour la production des avortements. Quant à la réparation des lésions du col pendant la grossesse, — quand ces lésions sont regardées comme la cause des avortements, — je crois qu'il faut être prudent dans les interventions. Les cautérisations, l'abaissement de l'utérus, peuvent quelquefois provoquer l'avortement qu'ils ont la prétention de conjurer.

M. Charpentier. — Je ne crois pas que les périmétrites ou l'existence d'adhérences soient une cause puissante d'avortements à répétion. En général les adhérences se relâchent pendant la grossesse.

Quant aux cautérisations du col, il faut évidemment faire des cautérisations prudentes, non brutales, accompagnées d'une antisepsie rigoureuse. Faites dans ces conditions, les cautérisations du col ne provoquent pas d'ordinaire l'avortement.

On peut même amputer le col, comme cela a été fait pour des cas de cancer, sans pour cela entraîner l'avortement.

Donc, sans être un ultra-opérateur, je pense qu'on peut, dans quelques cas, en traitant les lésions du col même pendant la grossesse, empêcher un avortement de se faire.

M. Keiffer. — Je voudrais appeler l'attention sur le rôle que peuvent jouer dans l'étiologie de l'avortement habituel, les déchirures du col. Ces déchirures remontent souvent jusqu'au sphincter interne du col. Ces déchirures provoquent alors — tout comme les fissures de l'anus pour le sphincter anal — un état de spasme de l'utérus, spasme qui peut conduire à l'avortement.

D'autres fois, on ne trouve pas de cause locale dans l'avortement habituel. Il s'agit alors souvent d'un état spasmodique de tout l'organisme qu'il faut traiter par les calmants (belladone, opium). On peut quelquefois ainsi conduire une grossesse à terme.

M. Lefour, de Bordeaux. — Souvent l'avortement habituel tient à une sorte d'intolérance de l'utérus pour le corps étranger

représenté par l'œuf, intolérance d'origine nerveuse. Si, dans ces cas, on met dans l'utérus une tige à demeure, pendant plusieurs mois, on peut arriver à rendre tolérant l'utérus pour une grossesse, et, si celle-ci survient après le traitement, elle pourra aller à terme.

Il faut de plus, dans ces cas, mettre la femme en repos complet, surtout il faut supprimer toute cohabitation conjugale.

M. Charpentier. — Je suis de l'avis de M. Keiffer : les lésions du col jouent un grand rôle.

Quant au repos de l'organe sur lequel vient d'insister M. Lefour avec raison, il est indispensable, surtout au moment de la période qui correspond aux règles supprimées.

---

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MENSURATIONS DE LA TÊTE FŒTALE A TRAVERS LA PAROI ABDOMINALE.

MM. Dubrisay et Perset. — Nous avons l'honneur de présenter à la Société obstétricale 16 observations dans lesquelles nous avons mesuré la tête fœtale, ou plus exactement le diamètre B. P., à travers la paroi abdominale, suivant le procédé indiqué par l'un de nous dans sa thèse inaugurale.

Mais avant de présenter le tableau résumé de nos observations, nous allons rappeler en quelques mots le procédé employé.

Ne pouvant mesurer directement le diamètre B. P., Perret a cherché à mesurer le diamètre O. F. et à en déduire le diamètre B. P. Pour cela il a mesuré plus de 150 têtes et il a vu que dans les 3 derniers mois de la grossesse la différence qui existe entre le diamètre B. P. et le diamètre O. F. est, en moyennne, de 25 millimètres.

D'où il résulte qu'étant donné un diamètre O. F. il suffira d'en retrancher 25 millimètres, pour avoir sensiblement le diamètre B. P. correspondant.

Nous avons appliqué ces mensurations dans 16 cas ; mais, dans 2 de ces 16 cas, les mensurations ont été difficiles à cause de conditions spéciales.

Sur 14 cas, 4 fois les mensurations ont été exactes (le contrôle a été fait sur la tête fœtale 24 heures après l'accouchement) ; 2 fois il y a eu une erreur en plus de 2 millimètres ; 8 fois une erreur moyenne en moins de 1 millimètre.

Si nous ajoutons ces 14 observations aux 70 rapportées dans la

thèse de Perret, cela forme un total de 84 observations dans lesquelles l'erreur a varié entre 1 ou 2 millimètres en plus ou en moins.

Parmi nos observations il en est 3 sur lesquelles nous attirons plus spécialement l'attention ; ce sont les observations I, XI, XVI dans lesquelles, après avoir pratiqué la mensuration de la tête, on s'est décidé à provoquer l'accouchement.

Dans ces trois cas, la mesure de la tête, jointe aux mensurations du bassin nous ont permis d'éviter à ces femmes les risques d'une symphyséotomie à terme.

---

### OBSERVATION DE PLACENTOME.

M. Guéniot, de Paris. — J'ai observé une tumeur placentaire que je crois unique dans son genre.

La tumeur avait la grosseur d'un œuf de poule et siégeait tout près du cordon. Cette tumeur était dure, homogène. L'examen microscopique fait par M. de Sinéty a montré que la tumeur était constituée dans un amas de villosités. C'est donc un véritable placentome, c'est-à-dire une tumeur formée aux dépens des villosités choriales déviées de leur type normal.

---

### NOTE SUR LA PRODUCTION DU LAIT PAR LES NOURRICES. VARIATIONS DANS LA QUANTITÉ.

M. Budin. — On sait que la quantité de lait chez les nourrices varie avec de nombreuses causes: l'alimentation, les conditions morales. On peut également arriver à faire augmenter la quantité de lait par l'entraînement. Dans notre service des débiles à la Maternité nous avons 14 nourrices qui sont arrivées à pouvoir nourrir 50 enfants, plus les leurs. Il est vrai qu'elles étaient surmenées et nous avons dû réduire le nombre des nourrissons. Actuellement chaque nourrice allaite en moyenne 3 enfants, plus le leur, auquel on donne en outre un peu de lait stérilisé.

On peut arriver ainsi à faire produire à ces nourrices jusqu'à 2.800 grammes de lait par jour.

Ce point est intéressant au point de vue des nourrices employées dans la clientèle. Pour ma part, quand il s'agit d'enfants débiles, je conseille à la famille de prendre à la fois la nourrice et son enfant.

Quand la nourrice n'est plus tétée par un enfant vigoureux on voit, en effet, la sécrétion se tarir immédiatement ; quand au contraire l'enfant de la nourrice continue à téter sa mère, le petit débile peut boire facilement un lait qui coule pour ainsi dire tout seul.

M. Guéniot. — Ce que vient de dire M. Budin est absolument juste et les éleveurs savent bien que, lorsqu'on ne trait pas les vaches à fond, le lait se supprime brusquement. Il se produit une coagulation du lait dans les mamelles qui amène la cessation de la sécrétion.

M. Bar. — Je suis de l'avis de M. Budin ; mais il faut surveiller attentivement les bureaux de nourrices qui sont si mal tenus et dans lesquels les enfants contractent si facilement des maladies contagieuses. Quant à la remarque de M. Guéniot, il est vrai que les éleveurs connaissent très bien l'importance qu'il y a traire à fond.

En Seine-et-Marne, ce sont généralement des Suisses qui font la traite et quand les éleveurs tombent sur le « mauvais suisse », les vaches perdent leur lait.

Mais il faut bien distinguer de cette diminution de la sécrétion lactée par la mauvaise traite celle qui succède à la coagulation intra-glandulaire du lait.

Dans ce dernier cas, il s'agit d'une véritable maladie, probablement infectieuse.

---

### LE PLACENTA ET LES FŒTUS DANS LA GROSSESSE GÉMELLAIRE UNIVITELLINE.

MM. Bar et Eleuterescu. — L'étude du placenta dans la grossesse gémellaire univitelline a été faite par Hirtl, Schatz (1866). Nous avons repris cette étude avec M. Eleuterescu.

Dans une grossesse univitelline, il y a un chorion unique pour les 2 œufs ; les enfants présentent d'ordinaire une grande différence de poids ; enfin il existe des anastomoses vasculaires entre les circulations des 2 fœtus. Ces anastomoses vasculaires ont souvent pour conséquences les lésions viscérales des enfants.

Nos recherches ont porté sur 13 placentas de grossesse univitelline.

Le placenta, dans la grossesse univitelline, est toujours unique.

a) *Dispositions des membranes* :

Nous avons trouvé tantôt 1 amnios unique (2 cas) ; le plus souvent 2 amnios (11 cas).

La cloison amniotique peut siéger au milieu du placenta, ou être déviée plus ou moins vers le bord du placenta. Cette déviation est en rapport avec le volume respectif des œufs.

Quand il n'existe qu'un amnios, on a admis (Tarnier et Chantreuil) que la cloison amniotique primitive s'était résorbée.

Nous admettons, avec M. Dareste, que la cloison manque dès l'origine par arrêt de développement des capuchons amniotiques céphaliques qui s'accolent par rapprochement excessif des 2 têtes des fœtus.

b) *Disposition des cordons*. — Quand il y a 2 amnios, les cordons s'insèrent loin l'un de l'autre sur le placenta. Quelquefois même il y a insertion vélamenteuse (7 fois sur 11 cas).

Quand il n'y a qu'un amnios, les cordons sont rapprochés l'un de l'autre et éloignés des bords du placenta.

On trouve souvent des anomalies vasculaires dans les cordons, telles que l'existence d'une seule artère ombilicale par exemple.

c) *Des anastomoses vasculaires* entre les 2 circulations fœtales ont été étudiées par Hirtl, Schatz.

Pour Schatz, ces anastomoses sont superficielles et profondes. Les anastomoses superficielles, sous le chorion, se font soit d'une artère à une artère ; soit d'une veine à une veine ; jamais d'une artère à veine.

Souvent il y a à la fois anastomose d'une artère à une artère, et d'une veine à une veine sur le même placenta.

Les anastomoses profondes sont capillaires et se font dans les cotylédons. On voit ainsi, dans un cotylédon, une artère d'un fœtus se continuer avec une veine de l'autre fœtus. Il y a ainsi un fœtus transfuseur et un fœtus transfusé.

Il s'agit en somme d'une troisième circulation qui aboutit aux 2 cœurs à la fois.

Quand existent ces anastomoses profondes, il existe en même temps une anastomose superficielle d'artère à artère, rétablissant l'équilibre entre les deux circulations.

d) *Enfants*. — Les enfants, dans la grossesse univitelline, sont toujours du même sexe.

Au point de vue de leur développement, les enfants sont soli-

daires entre eux, grâce aux communications vasculaires. L'enfant le plus volumineux présente des altérations (œdème, hypertrophie du cœur) ; il se trouve surtout dans un œuf hydroamniotique. Cet enfant volumineux et atteint d'hypertrophie du cœur est le fœtus transfiguré.

Pour Dareste, l'inégalité de développement des 2 fœtus est originelle et tient à une répartition inégale du vitellus de formation.

---

GROSSESSE GÉMELLAIRE ; MORT DE L'UN DES FŒTUS A 7 MOIS ; ACCOUCHEMENT A TERME ; DÉVELOPPEMENT NORMAL DU SECOND FŒTUS

M. Perret, de Paris. — Mme G. est âgée de 27 ans, multipare. Elle devient enceinte pour la 4e fois en 1896 : ses dernières règles sont du 22 au 28 avril.

Cette grossesse ne présente rien de particulier.

Le 29 octobre, je vois la malade pour la première fois, et, en l'examinant, je trouve deux fœtus, l'un en O. I. D. P. et l'autre en S. I. G., le premier a 133 battements par minute, le cœur du second 146.

Le 12 décembre, je ne trouve plus qu'un fœtus, celui qui était en O. I. D. P., les battements du cœur sont bons, l'enfant remue bien.

Le 18 janvier, accouche d'un enfant bien vivant, bien constitué et pesant 3.300 grammes ; je place une pince sur le cordon et je me dispose à examiner de nouveau la femme lorsque son utérus se contracte énergiquement et expulse en même temps qu'un flot de liquide noirâtre, mais sans odeur, un fœtus complètement macéré.

20 minutes après l'accouchement, les annexes sont expulsés à leur tour.

Il y a 2 poches, l'une correspondant au fœtus vivant ne présente rien d'anormal ; de l'autre côté, le placenta est un peu plus petit, pâle ; le cordon est inséré sur les membranes à environ 13 centimètres du bord du placenta le plus rapproché, il se ramifie ensuite en 7 ou 8 vaisseaux filiformes.

La caduque ovulaire correspondant à l'œuf malade est absente, elle fut expulsée 13 jours après.

Suites de couches normales.

Le fœtus macéré, également du sexe masculin, pèse 1900 gram-

mes, il est tellement mou que, posé sur une table, il s'étale comme une vessie à moitié remplie d'eau, l'épiderme n'existe plus que par places. Ce fœtus a dû mourir entre le 23 novembre et le 12 décembre, et probablement plus près du 23 novembre que du 12 décembre, car le 23 il était encore vivant et le 12 je ne l'ai plus trouvé même par le palper ; il est donc resté près de deux mois dans la cavité utérine, après avoir cessé de vivre et sans gêner en quoi que ce soit le développement du second fœtus, ni même sans avoir eu sur lui aucune influence fâcheuse, car cet enfant s'est toujours bien porté depuis sa naissance et pèse aujourd'hui 6.800 grammes.

---

*Séance du 24 avril* 1897 (*matin*).

RADIOGRAPHIES DES VAISSEAUX UTÉRINS.

M. Fochier, de Lyon, présente des radiographies obtenues par MM. Destot et Bérard, de Lyon, sur les vaisseaux utérins et utéro-ovariens. Pour cela, on injecte ces vaisseaux avec de l'onguent mercuriel. Par ce procédé on a pu découvrir une anastomose aberrante, non signalée encore, entre l'utérine et l'utéro-ovarienne ; et, de plus, une branche de l'artère utérine allant directement à l'ovaire à travers le ligament large.

---

SUR LES APPLICATIONS DE FORCEPS DANS LES CAS DE PRÉSENTATION DU PARIÉTAL POSTÉRIEUR.

M. Fochier, de Lyon. — Cette question de la présentation du pariétal, dans les bassins aplatis, est fort discutée. L'opinion courante est que le pariétal postérieur se présente le plus souvent dans les bassins plats. Or je crois que le pariétal postérieur n'est incliné que tout à fait au début du travail, alors que la tête est encore mobile. Dès que la tête se fixe, il se fait une inclinaison sur le pariétal antérieur.

Pour les applications de forceps au détroit supérieur, je fais toujours des applications obliques.

Mais comment appliquer le forceps quand il y a présentation du pariétal postérieur ? Dans ces cas, il faut laisser la liberté à la bosse frontale antérieure ; il ne faut donc pas appliquer la branche antérieure sur cette bosse, sinon on sous-tend une concavité

(branche ischio-pubienne) dans laquelle on pourrait faire engager une convexité (bosse frontale).

Il vaut donc mieux, dans ces cas, mettre une branche sur l'apophyse mastoïde antérieure, l'autre sur la bosse frontale postérieure ; le forceps est alors mis en sens inverse : la concavité des cuillers regarde la face de l'enfant. Cela fait, on tire sur le lacs qui s'attache à la branche antérieure.

M. Lefour, de Bordeaux. — Pour les applications de forceps au détroit supérieur, je fais le plus souvent dans les bassins aplatis des applications directes par rapport à la tête, c'est-à-dire antéro-postérieures par rapport au bassin ; et alors, à condition de diagonaliser légèrement la tête en l'engageant, on a de bons résultats.

M. Fochier, de Lyon. — Si on diagonalise la tête, on perd les bénéfices du bassin vraiment aplati.

---

### ÉTUDE STATISTIQUE SUR LA PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES.

M. Bloc, de Paris. — En présence des travaux importants sur la conduite à tenir dans la présentation du siège décomplété mode des fesses, et vu la bénignité et la facilité des accouchements selon ce mode, auxquels il nous a été donné d'assister, il nous a paru intéressant de rechercher la fréquence, la marche et le mode de terminaisom de ces accouchements.

Notre statistique s'étend de janvier 1886 à janvier 1897. Elle a été prise dans le service de notre maître, M. Tarnier, à la clinique de la rue d'Assas. En voici le résumé :

14.307 accouchements, dont 175 mode des fesses. Relativement aux autres présentations nous trouvons :

135 sièges complets, 39 mode des pieds, 2 mode des genoux.

N'ayant relevé que les accouchements d'enfants au-dessus de 2.000 nous ne pouvons établir le pourcentage.

Sur ces 175 accouchements nous avons : primipares 100, multipares 75 ; dont le travail a duré pour :

1° *Primipares* : En position gauche antérieure 16 heures, en position gauche transverse 19 h. 1/2, en transposition gauche postérieure 15 heures, en position droite antérieure 18 heures, en position droite transverse 16 heures, en position droite postérieure 11 heures ;

2° *Multipares* : Gauches antérieures 10 h. 1/2, gauches transversales 20 heures, gauches postérieures 10 heures, droites antérieures 15 h. 1/2, droites transversales 9 heures, droites postérieures 14 heures.

*Terminaison.* — 157 spontanés : primipares 89, multipares 68 ; 18 interventions : primipares 11, multipares 7.

Je compte, parmi les 89 accouchements spontanés chez 3 primipares, 3 cas où l'on tenta vainement d'intervenir en ville et où la femme accoucha spontanément à son arrivée à l'hôpital.

*Interventions* :

1° *Primipares* :Ab. prophyl. pied antérieur 4, ab. prophyl. pied antérieur et extraction 3, ab. prophyl. pied antérieur, extraction et forceps tête dernière 1 ; Forceps tête dernière 1, tentative ab. pied et extraction avec lacs 2 ;

2° *Multipares* : Ab. prophyl. pied antérieur 4, ab. prophyl. pied postérieur 1, tentative d'ab. curatif, extraction avec lacs 1, tentative d'ab. prophyl.

Résultats pour la mère et l'enfant.

Femme morte 1 (tuberculose 3e période), enfants morts 22, dont 6 morts et macérés.

Morts pendant le travail ou durant leur séjour à l'hôpital 16, dont :

Pendant le travail 6, 3/4 d'heure après la naissance 1, 2 heures après la naissance 2, le même jour 2, 5e jour 1 (spina-bifida), 6e jour 1 (phlegma), 9e jour 1 (convulsions), 2 (syphilis).

Soit, en retranchant les 6 macérés, 2 syphilis, 1 spina-bifida, 1 mortalité sur 169 accidents, 13 morts.

Moyenne 7,5 pour 100.

M. Demelin. — Dans un cas de présentation du siège décomplété mode des fesses, dans lequel l'expulsion ne se faisait pas spontanément, j'eus recours à une méthode que préconise M. Fournier.

Il s'agissait d'une S. I. G. P. J'appliquai d'abord un lacs dans l'aine antérieure ; puis je mis le forceps ; et je tirai simultanément sur le forceps et le lacs, en ayant soin naturellement de ne pas tirer perpendiculairement à la cuisse. Le forceps combiné aux lacs peut rendre de très bons services dans les variétés postérieures du siège mode des fesses.

(*A suivre.*)

# BIBLIOGRAPHIE

—

I. **Contribution à l'étude du rein cardiaque**, par le Dr Raoul Fauquez, interne des hôpitaux. Paris, Steinheil, 1897.

II. **Traitement des maladies du cœur par la gymnastique suédoise**, par M. le Dr Tacké. Paris, Jouve, 1897.

III. **Etude des cornets acoustiques par la photographie des flammes de Kœnig**, par le Dr Marage. Paris, 1897.

IV. **Discussion sur le traitement de la syphilis (indications des méthodes)**, par le Dr Louis Jullien, chirurgien de Saint-Lazare. Paris, Doin, 1897.

V. **Le meilleur traitement de la gale**, par le Dr L. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare.

VI. **Typhlite et appendicite, leur traitement par les eaux de Chatel-Guyon**, par le Dr André Cochon, Paris 1897.

VII. **Le bain salin chaud au début et dans certaines formes de la phtisie pulmonaire**, par le Dr L. Boudin. Paris, 1897.

VIII. **Diphtérie oculaire**, par le Dr Bellencontre. (*Soc. de méd. et de chir. prat. de Paris*, 1897.)

IX. **De la gymnastique considérée comme pratique accessoire de l'hydrothérapie**, par le Dr Verrier. (*Revue méd.*).

X. **Apenta principalement envisagée pour le traitement des affections du tube digestif et de la nutrition**, par le Dr Monin, Paris, Soc. d'éd. scient., 1897.

XI. **La cure de Saint-Sauveur. Indications et contre-indications**, par le Dr Sabail.

XII. **Evian, ses eaux minérales et leur valeur thérapeutique**, par le Dr Taberlet. Paris, 1897.

XIII. **Traitement hydrothermal de la goutte et du rhumatisme**, par le Dr R. Brulard. Dijon, 1897.

XIV. **Notice sur Sail-les-Bains**, par le Dr Greffier.

XV. **L'éréthisme veineux douloureux**, par le Dr Censier, de Bagnoles-de-l'Orne. Paris, 1897.

XVI. **Rapport annuel sur les travaux de la Société d'hydrologie**, par M. Leudet, Paris, 1897.

XVII. **Le traitement chirurgical de la surdité et des bourdonnements**, par le Dr P. Garnault. Paris, Maloine, 1897.

XVIII. **El mejor procidimiento de histérectomia abdominal en los casos de miomas uterinos**, par el Dr Miguel. A Fargas, Madrid, 1897.

XIX. **Biarritz. Etude médicale**, par le Dr A. Gibotteau. Dax, 1897.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**85. — Opérations conservatrices sur l'ovaire.** — On sait qu'il suffit d'un fragment d'ovaire très petit pour permettre la fécondation, pourvu que la trompe soit perméable, et l'on connaît des observations de grossesse consécutive à des castrations bilatérales, un fragment d'ovaire ayant été laissé dans le pédicule. M. Pozzi, suivant la pratique de Schrœder et de A. Martin, a pratiqué soixante-deux opérations conservatrices sur l'ovaire. Depuis six ans qu'il a recours à ce procédé il a enregistré un grand nombre de succès. Ces opérations sont indiquées dans les cas suivants :

1° *Néoplasmes bénins*, tels que certains kystes de l'ovaire, non colloïdes, non papillaires à contenu séreux, ou tels les kystes dermoïdes ;

2° *Kystes folliculaires et kystes du corps jaune.* — Ces kystes ont un volume qui varie d'une petite noisette à celui d'une grosse noix et leur contenu est séreux ou hématique ;

3° *Ovarite scléro-kystique proprement dite.* — Le caractère principal de cette forme est, d'une part, la petitesse et la multiplicité des kystes folliculaires, d'autre part, son indépendance très fréquente de toutes lésions des trompes. Ces petits kystes sont certainement pathologiques et amènent souvent à leur suite la sclérose du tissu ovarien. L'ovarite scléro-kystique coexiste ordinairement avec le varicocèle tubo-ovarien de Richet.

L'opération consiste à enlever ou à détruire la portion de l'ovaire visiblement altérée en respectant les portions qui paraissent encore saines. Quand il s'agit de lésions relativement grosses la résection s'impose ; quand on a affaire à la dégénérescence micro-kystique on peut employer soit la résection, soit l'ignipuncture.

Avant de commencer l'opération, il faut examiner soigneusement les deux ovaires en les attirant au niveau de l'incision abdominale, si la lésion est localisée on enlève un coin d'ovaire comprenant la partie malade. On passe légèrement le thermo-cautère sur les deux surfaces saignantes et l'on fait ensuite un surjet au catgut.

Si la lésion est très disséminée il vaudra mieux employer l'ignipuncture. La pointe du couteau du thermo-cautère, portée au rouge-cerise, sera introduite dans toutes les petites cavités. L'auteur a l'habitude de fixer la trompe à l'ovaire après avoir rétabli le calibre de l'orifice abdominal de la trompe. Cette fixation se fait facilement à l'aide de points de suture accolant les franges tubaires à l'ovaire.

M. Pozzi n'a pas eu à constater un seul décès et sur 48 malades suivies 33 ont été guéries complètement. La grossesse a été notée douze fois et sur ces douze grossesses une seule fois il y a eu fausse couche. Ces résultats prouvent nettement que les chirurgiens doivent être un peu plus conservateurs dans les cas d'ovarites scléro-kystiques et nous renvoyons le lecteur au travail original qui contient le résumé de toutes les observations, ainsi que des planches représentant les lésions macro et microscopiques. (*Revue de gynécologie*, n° 1.)

***

**86. — Traitement médical des métrorrhagies essentielles.** (Lutaud.) — Aux médications habituellement employées il convient d'ajouter, lorsque la métrorrhagie n'est pas due à une fausse couche et que l'utérus est vide, les formules suivantes qui méritent de figurer dans la thérapeutique médicale gynécologique :

| | |
|---|---|
| Teinture d'hydrastis canadensis..... | 2 grammes. |
| Teinture de cannelle..... | 10 grammes. |
| Extrait thébaïque..... | 0 gr. 05 cent. |
| Sirop d'écorce d'orange..... | 30 grammes. |
| Eau distillée..... | 100 grammes. |

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Faire prendre comme boisson une cuillerée à soupe de :

*Eau distillée de Strobiles de pin*, dans un 1/2 verre d'eau de Seltz ou d'Apollinaris.

***

**87. — Disparition de certaines douleurs menstruelles à la suite de la cocaïnisation de la muqueuse nasale.** — M. le docteur W. Fliess (de Berlin) a constaté qu'il existe, au point de vue physiologique, un rapport évident entre le processus menstruel et diverses parties de la pituitaire, telles que le cornet inférieur et cette portion de la cloison, riche en vaisseaux et en glan-

des, que quelques auteurs désignent sous le nom de *tuberculum septi*. En effet, pendant les règles, ces parties gonflent, se cyanosent, deviennent très sensibles au contact de la sonde et sont souvent la source d'hémorrhagies. Bien plus, le badigeonnage de ces régions avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 °/₀ ferait disparaître rapidement les douleurs menstruelles qui ne relèvent pas d'une cause mécanique (dysménorrhée par suite de sténose du col utérin), mais qui, étant plutôt de nature névralgique, sont caractérisées par ce fait qu'elles persistent même après la cessation du flux cataménial.

(*La Semaine méd.*)

***

**88. —Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus**, par Bouilly. (*Bulletin général de thérapeutique*, 28 février et 15 mars 1897.) — Pendant une période d'environ dix ans et demi, M. Bouilly a pratiqué 127 fois l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus ; 25 opérées ont succombé rapidement aux suites de l'opération. Pour les 102 malades qui ont survécu, M. Bouilly manque de notes précises sur 15 d'entre elles ; il ne reste donc que 87 observations à dépouiller d'une façon fructueuse. De ces 87 malades, 69 ont pu être revues et suivies : 21 ont été perdues de vue.

Le chiffre général de la mortalité (19 % est élevé, mais il est singulièrement exagéré du fait de la pratique des premières années où ni la technique, ni les indications n'étaient suffisamment connues ; il diminue au fur et à mesure de l'amélioration de ces conditions ; en 1895, 25 cas sont opérés avec un seul décès ; en 1896, 17 cas également avec une seule mort. Il est cependant nécessaire de faire remarquer la gravité relative de l'hystérectomie vaginale pour le cancer utérin, comparée à la bénignité de cette même opération dans le traitement des fibromes ou des lésions annexielles.

Les causes de la mortalité sont la septicémie péritonéale (10 cas), le « shok » opératoire (15), l'hémorragie (2), l'urémie (2), l'embolie (1), le diabète (1), la broncho-pneumonie (1), la perforation intestinale (1).

La septicémie peritonéale a chargé le bilan opératoire des premières années ; à ce moment la désinfection vaginale était faite d'une façon insuffisante ; le curettage systématique des parties cancéreuses, leur ablation préalable n'étaient pas rigoureusement pratiquées. La longueur des divers temps de l'opération augmentait les chances d'infection.

Les hémorragies opératoires, la longueur de l'opération expliquent les cas de mort rapides classées sous la rubrique choc opératoire.

Deux malades ont succombé par hémorragie dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération.

Ces deux accidents appartiennent à la période opératoire de l'hémostase préventive par le procédé de Péan ; M. Bouilly ne les a jamais vus se reproduire depuis qu'il emploie l'hémostase définitive par le procédé de Doyen.

Les cas les plus favorables pour l'intervention sont ceux dans lesquels le cancer est bien limité à une lèvre ou aux deux lèvres du col, sans destruction avancée de cet organe, avec intégrité de la voûte vaginale des culs-de-sac, mobilité parfaite du corps, sans aucune douleur péri-utérine ni abdominale. Tantôt le début s'est produit à l'orifice même du museau de tanche avec empiètement sur la muqueuse vaginale du col ; tantôt il s'est fait sur la muqueuse cervicale, à l'intérieur du col, respectant la muqueuse vaginale. Dans les deux cas la lésion est bien limitée. Une condition favorable encore, en apparence, est représentée par le cancer primitif du corps, sans envahissement du col ou avec simple pénétration d'un bourgeon venant du corps.

L'âge semble tenir une des premières places dans l'appréciation du pronostic thérapeutique et dans la détermination de l'intervention. Chez les jeunes femmes avant 30 ans et dans les quelques années qui suivent cette période, les résultats thérapeutiques sont absolument mauvais; la lésion récidive d'une façon presque immédiate. Les tissus, en apparence sains, sont sans doute déjà histologiquement malades. Plus on s'éloigne de cette période de la vie, meilleurs deviennent les chances de survie prolongée ; néanmoins, à partir de 60 ans, l'intervention devient et doit être exceptionnelle. Le plus souvent, dans la vieillesse, le cancer utérin est remarquable par sa lenteur et la bénignité de son allure ; dans ces cas l'intervention est contre-indiquée par l'état avancé des lésions, la lenteur de l'évolution du mal et la bénignité des symptômes.

Voici le tableau de classement suivant l'âge des femmes opérées par M. Bouilly :

Au-dessous de 30 ans : opérées, revues, 4.
Entre 30 et 40 ans : opérées, 28 ; revues, 22.
Entre 40 et 50 ans : opérées, 35 ; revues, 23.
Entre 50 et 60 ans : opérées, 16 ; revues, 13.
Au-dessus de 60 ans : opérées, 4 ; revues, 4.

Aucune des malades opérées en 1886 n'est actuellement vivante ; une opérée de juillet 1887 était en parfait état, trois mois plus tard. M. Bouilly observe des malades sans apparence de récidive et en très bon état général, opérées depuis 2 ans et 1 mois, 22 mois, 19 mois, 15 mois, etc.

La récidive a été constatée :

| | |
|---|---|
| Après 1 mois | 4 fois. |
| — 2 | 8 — |
| — 3 | 5 — |
| — 4 | 1 — |
| — 5 | 6 — |
| — 6 | 8 — |
| — 7 | 1 — |
| — 8 | 1 — |
| — 9 | 1 — |
| — 12 | 6 — |
| — 13 | 2 — |
| — 14 | 1 — |
| — 18 | 1 — |
| — 3 ans | 2 — |
| — 4 ans 1/2 | 1 — |

Les survies les plus longues observées après l'opération ont été de 6 ans, 5 ans, 4 ans, 2 ans (2 cas). La survie la plus courte a été de 3 mois après l'opération.

Deux conditions peuvent faire prévoir une récidive fatale et rapide : l'âge du sujet et l'état des tissus au moment de l'intervention. Dans tous les cas au-dessous de 30 ans, la récidive s'est produite avec une rapidité excessive, alors même que les conditions locales paraissaient tout à fait favorables. La lésion a récidivé un mois ou deux au maximum après l'opération, entraînant la mort dans un délai rapproché. Entre 30 et 37 ans, la moyenne de date de récidive est de six ou sept mois après l'opération. La même gravité se retrouve, peut-être encore aggravée, chez les femmes dont le cancer a évolué en même temps qu'une grossesse ou chez celles qui sont nourrices.

Il faut conclure de là qu'on devra opérer par l'hystérectomie vaginale, uniquement les cancers compliqués d'hémorragies très fréquentes et très abondantes, et ceux qui sont encore bien limités et où l'ablation a des chances de porter sur des tissus sains, au moins en apparence.

Les récidives rapides peuvent d'ailleurs survenir à une période plus avancée de la vie, mais il faut alors en chercher la raison dans l'état avancé des lésions anciennes au moment de l'hystérectomie vaginale. L'envahissement même peu prononcé des culs-de-sac vaginaux, une induration même superficielle d'un ligament large, en voilà assez pour une récidive fatale et rapide.

Les résultats éloignés des interventions pratiquées dans les cas de cancer primitif du corps ne sont pas meilleurs que ceux obtenus dans les cas de cancer du col : dans deux cas la récidive s'est produite au bout d'un mois et demi pour l'un, de deux mois pour l'autre, après l'opération.

En résumé, les résultats thérapeutiques sont médiocres comme dans toutes les interventions dirigées contre le cancer, mais néanmoins il n'en est pas où ils soient meilleurs et plus satisfaisants pour la malade qu'après l'hystérectomie vaginale entre le moment de la guérison opératoire et celui de la récidive. Dans cette période, les malades peuvent avoir l'illusion et ont tous les bénéfices de la guérison radicale et complète. Plus d'hémorragies, plus de pertes d'aucune sorte, plus de douleurs, aucune gêne fonctionnelle ; aucune apparence visible de mutilation ; elles ont du coup l'idéal du résultat opératoire. Si l'on songe que l'on obtient des périodes d'arrêt du mal de 4 ans et demi, de 3 ans, de 2 ans, de 18 mois, de 1 an, dans une affection fatalement progressive, on est en droit de conclure que dans le traitement du cancer utérin opérable, l'hystérectomie vaginale est la meilleure des opérations palliatives.

***

**89. — Le traitement actuel des myomes utérins.** (*British med. Journal*, 27 mars.) — M. Lawson Tait, après quelques considérations sur l'influence du climat et des conditions locales, non seulement sur le développement plus ou moins fréquent de certains états pathologiques utérins, mais en même temps sur la gravité des symptômes qu'ils présentent, expose son traitement des myômes utérins. Les myômes de l'utérus présentent un exemple typique de ces différences en fréquence et de degré. A Edimbourg ils sont relativement rares, d'une forme légère et sans importance, ne demandant pas d'intervention chirurgicale, tandis qu'en Angleterre et surtout dans les provinces centrales, ils sont très fréquents, d'un type très grave, rebelle à toute médication.

La plupart des échecs dans leur opération dans les premiers temps, proviennent de la confusion des tumeurs molles œdémateuses solitaires avec les néoplasmes durs et multinodulaires. Pour les premières, l'énucléation vaginale (morcellement de Péan) est l'opération de choix. Le risque ou d'hémorragie ou de septicémie consécutive est minime, à moins que ni laminaires ni tentes d'éponge n'aient été employés. L'hystérectomie est contre-indiquée. Ces tumeurs molles sont toujours solitaires et l'enucléation vaginale suffit à leur extirpation, d'autant plus que la récidive y est inconnue. Il est donc rationnel d'exiger que l'utérus sain et capable de reprendre, après énucléation, sa forme et sa direction normales, soit laissé en place.

Contre les myômes multinodulaires, l'ablation des annexes est la seule opération qui donne des résultats permanents. L'enlèvement de quelques nodules polypeux ne peut assurer qu'un soulagement temporaire. Il faut toujours compter avec le progrès de la maladie dans ce genre de néoplasme.

La troisième opération, pour l'utérus myomateux, l'hystérectomie sus-vaginale avec traitement extra-péritonéal du pédicule, a donné d'excellents résultats dans le service de M. Lawson Tait. Il a eu des séries de 30, 40 et jusqu'à 52 guérisons. Ce qu'il est convenu d'appeler la panhystérectomie, l'ablation de l'utérus dans sa totalité, présente certains avantages pour l'opérateur. L'opération est relativement facile, le risque d'hémorragie est beaucoup moindre, puisque l'opérateur a sous la main les artères en dehors du tissu utérin retréci, détail qui lui assure les bénéfices du procédé intra-péritonéal sans le danger des hémorragies auxquelles la ligature du tissu utérin peut donner lieu.

Mais il faut avoir recours à cette opération avec beaucoup de prudence. Elle est trop radicale et on s'expose trop à enlever avec les parties malades des organes qui auraient parfaitement pu fonctionner encore.

(*Revue de thér. méd. chir.*)

***

**90.—Recherche d'une épingle à cheveux dans la vessie d'une femme au moyen des rayons X.** — Sous ce titre, le Dr Leiffart (de Nordhausen) publie dans le n° 1 du *Centralblatt für Gynækologie* le récit suivant : Une jeune femme de 18 ans était atteinte depuis janvier 1895 de catarrhe de la vessie. Plusieurs fois l'affection, presque guérie par l'application d'un traitement approprié,

avait recommencé spontanément, causant de vives douleurs. Le Dr Leiffart fut appelé le 8 novembre dernier en consultation lors d'une crise. L'examen bimanuel le fit conclure à la présence d'un corps étranger dans la cavité vésicale ; l'impression était celle causée par une sonde rigide profondément enfoncée dans la vessie.

La mère de la patiente se souvint alors que celle-ci avait avalé (!) une épingle à cheveux peu avant le commencement de l'affection.

C'est alors que la patiente fut conduite à l'hôpital et examinée au moyen des rayons X. Deux plaques sensibles de 35 × 170 millim. furent enveloppées dans du papier noir, puis placées dans des condoms, afin que l'humidité de la cavité vaginale ne les atteignît pas. Puis, successivement, elles furent introduites dans le vagin, préalablement dilaté, tandis que le tube était placé au-dessus et aussi près que possible de l'abdomen. Deux poses, l'une de 8, l'autre de 12 minutes, ont fourni un excellent résultat, reproduit en zincographie dans le *Centralblatt*. L'épingle à cheveux est parfaitement visible. — Elle a été extraite et la patiente était guérie 4 jours après, à sa sortie de l'hôpital.

Le procédé nouveau qui consiste à placer la plaque à l'intérieur du corps est destinée à un grand avenir. Citons seulement la recherche des calculs vésicaux chez la femme, qui pourra être tentée de même. Tous les échantillons de ces calculs, que M. le Dr Lenger a bien voulu me remettre, sont en effet opaques pour les rayons X. Il n'en est pas de même des calculs hépatiques, qui sont généralement transparents et ne pourraient donc être skiographiés.

**91. — Des rapports réciproques de la grossesse et de la parturition avec les tumeurs fibreuses de l'utérus.** (G. Pujol. *Thèse de Montpellier*, 1896.)— Ce n'est point une simple thèse que vient d'écrire notre ami le Dr Pujol ; c'est une monographie complète, une véritable histoire naturelle des tumeurs fibreuses de l'utérus dans leurs rapports avec la grossesse et la parturition ; aussi une analyse de cet important travail ne saurait se réduire à quelques lignes ; d'ailleurs, en publiant un compte rendu détaillé de ce mémoire, la *Revue* est heureuse de donner un gage de gratitude au Dr Pujol qu'elle est fière de compter au nombre de ses plus fidèles et dévoués collaborateurs. De plus, cette analyse ne sera pas inutile, si

elle remet en mémoire chez nos confrères, quelques points principaux de cette capitale question de gynécologie.

Fibromes et conception. Malgré l'opinion de Bayle, Cruveilhier, Conheim, et Hofmeier qui voient dans les fibromes, non pas la cause, mais l'effet de la stérilité, la majorité des auteurs admet que les fibromes et surtout ceux du col rendent la conception plus difficile, ce qui s'explique par les modifications que les tumeurs fibreuses impriment aux organes génitaux : métrite hémorrhagie, hydrorrhée ; cavité utérine agrandie, irrégulière, axe dévié ; lésions des trompes des ovaires pelvi-péritonites.

Fibromes et grossesse. — Si la tumeur a laissé arriver un spermatozoïde dans la trompe, la conception aura lieu, mais l'œuf fécondé peut trouver opposition à son arrivée dans l'utérus ; la tumeur en effet peut modifier les cils de la trompe, rétrécir son calibre ; de là l'explication des grossesses extra-utérines qui ne sont pas rares en cas de tumeurs fibreuses.

Arrivé dans l'utérus, l'œuf peut ne pas trouver facilement un point d'implantation, et être entraîné vers l'isthme ; aussi les fibromes favorisent-ils l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et les grossesses cervicales.

Ainsi commencée, l'évolution gravidique peut être normale, surtout quand il s'agit de tumeurs sous-péritonéales : plus souvent elle s'accompagne d'hémorrhagies, ce qui a pu faire croire à la persistance des menstrues, d'hydrorrhée, de troubles de compression, de complications inflammatoires, de déplacements utérins et de troubles de la circulation générale ; plus souvent encore la grossesse est interrompue par avortement ou accouchement prématuré ; celui-ci est surtout le fait des fibromes du col, le segment inférieur ne participant à l'ampliation utérine dans les derniers mois ; le traumatisme peut d'ailleurs jouer un rôle dans ces arrêts de la grossesse (cas de Queirel, Pujol).

Fibromes et accouchement. Les fibromes agissent *sur le fœtus*, qu'elles prédisposent aux présentations vicieuses, *sur l'utérus* dont la contraction, par le fait des fibromes et surtout des interstitiels, est irrégulière et moins forte, et sur la *filière pelvi-génitale* dont le calibre peut être retréci par de volumineux néoplasmes.

L'accouchement peut cependant se faire avec succès ; car les fibromes pendant la période gravidique subissent un ramollissement, un assouplissement (Depaul) qui s'exagère au moment du travail ; de plus, il peuvent subir un mouvement de déplacement qui se fait de

bas en haut pour les fibromes sous-péritonéaux sessiles ou pédiculés, et de haut en bas pour les fibromes de la cavité utérine, ou pédiculés du col. En cas de mort du fœtus, son ramollissement facilite l'extraction.

*Pendant le travail*, divers accidents peuvent survenir : rupture prématurée des membranes, procidence du cordon, des membres, hémorrhagies ; ces accidents sont dus surtout à des fibromes du col et du segment inférieur, en particulier les interstitiels ou les sous-muqueux sessiles.

La délivrance, souvent simple, peut être retardée ; elle peut produire l'hémorrhagie et obliger à tamponnement intra-utérin (cas de Puech et Grynfeltt). On a noté la rétention placentaire.

Fibromes et post-abortum ou post-partum. — Il faut surtout craindre les accidents septiques, par faute d'asepsie ou d'antisepsie des manœuvres, ou par infection directe de la tumeur par sphacèle, déchirures, compressions, ou ramollissement (cas du prof. Queirel) ; citons aussi : la septicémie, l'infec. purulente, la phlébite, l'inversion utérine.

Symptomes et diagnostic. Si la tumeur est petite, si les renseignements antérieurs font défaut, le diagnostic entre une grossesse et un fibrome est difficile, et celui de coexistence encore plus. Au 4e mois les signes de certitude surviennent ; mais encore faut-il distinguer une tumeur fibreuse d'avec un kyste de l'ovaire, une grossesse gémellaire ou extra-utérine, la rétroversion de l'utérus gravide, les tumeurs kystiques sous-péritonéales, les kystes hydatiques, les tumeurs des parois abdominales du bassin, l'hématocèle recto-utérine, les malformations utérines, l'insertion vicieuse du placenta, la môle hydatiforme, le cancer du col, la vessie distendue.

*Pendant le travail*, de la tumeur fibreuse, à évolution abdominale, se distingue au moment des contractions utérines : si elle est pelvienne, on ne peut la confondre avec une présentation ; ici interviennent les signes de présomption, de probabilité, ou de certitude énumérés par Marquezy *après l'accouchement*, les fibromes ne sont pas toujours aperçus ; s'ils le sont, on hésite entre grossesse gémellaire, fœtus mort, inversion ou abaissement de l'utérus.

On s'efforcera par la palpation, la percussion et les touchers combinés, de reconnaître la variété et le siège de la tumeur.

Le Pronostic est sans doute sérieux, mais moins grave qu'on ne pense ; avec Hofmeier et Puech, il faut considérer différents facteurs : patience, science, antisepsie ; volume, siège, consistance, mobilité de la tumeur, etc.

TRAITEMENT. — *Avant la conception.* Le fibrome peut motiver une interdiction de mariage ; mais il faut tenir compte du volume, du siège de la tumeur, et ne pas oublier le traitement chirurgical qui peut guérir la malade, tout en permettant la grossesse.

*Pendant la grossesse.* Si la tumeur est petite, surveiller la grossesse. Si elle donne lieu à des hémorrhagies, à de la compression, ou si par son volume elle fait prévoir des accidents, intervenir chirurgicalement. L'opération n'amène pas fatalement l'avortement ; les fibromes interstitiels eux-mêmes pourraient être enlevés (Schrœder et Martin). Quand, au 7e mois, la myomectomie est impossible, il faut choisir entre l'avortement et hystérectomie. Dans un cas où une cardiopathie grave ne permettait pas une grande intervention abdominale, M. le Pr Grynfeltt fit l'avortement par curettage utra-utérin. C'est ce qu'il faudra faire également si l'enfant est vivant et si la grossesse ne peut être menée à terme, on a à choisir entre l'accouchement prématuré, l'opération Porro, et l'opération césarienne. Mais, avant tout, être sobre d'intervention, et gagner du temps.

*Pendant le travail.* Si le ramollissement et le déplacement du fibrome ne permettent pas l'accouchement, être prêt à agir par l'un des moyens suivants : version, forceps, dilatation du col, ablation d'une tumeur du col, symphyséotomie. Si l'enfant est mort, et si la femme refuse une grande opération. Les fibromes du col ne nécessitent pas l'avortement. Si l'enfant est mort, basiotripsie, embryotomie. Enfin, si l'accouchement ne peut se terminer par les voies naturelles, il faut choisir entre l'opération césarienne (cas de Grynfeltt), celle de Porro ou l'hystérectomie abdominale totale (Guermonprez).

*Pendant le post-partum.* Antisepsie absolue. S'il y a hémorrhagie, enlever le fibrome. En tout cas, après retour à l'état normal, traiter la tumeur par les moyens chirurgicaux.

DEUXIÈME PARTIE. — *Influence de la grossesse sur les tumeurs fibreuses de l'utérus.*

Les modifications gravidiques des tumeurs fibreuses tiennent à leur évolution *ou* leur texture. Le plus souvent il y a augmentation, prolifération conjonctive, tendance à la transformation colloïde (Doléris). Les lymphatiques des fibromes s'accroissent après l'accouchement, les fibromes régressent par résorption des infiltrats séreux hématiques ou colloïdes, et condensation des parties fibreuses ; ils peuvent même disparaître complètement (Grynfelt).

On voit, par ce résumé, toute l'importance du travail de Pujol ; il

ne s'en dégage sans doute pas une idée dominante ; mais tel n'a pas été le but de l'auteur, qui a tenu à grouper dans sa thèse tous les éléments de la question, et a réussi à en faire une monographie qui ne comporte pas moins de 150 observations. Ajoutons qu'en tête de l'ouvrage se trouve une très remarquable bibliographie du sujet depuis 1880 où Lefour résuma l'état de la question dans sa thèse d'agrégation jusqu'en 1896. Ce travail est une source inépuisable de renseignements consciencieusement amassés, et mérite à tous égards les éloges qui lui ont été adressés, et auxquels nous nous associons entièrement.

Henry Reynès.

***

**92.— Sur les injections intra-utérines**, par M. Hofmeier. (*Monatsschrift f. Geburtsh. und Gynaek.*, octobre 1896.) — S'appuyant sur un cas récent, soumis à la justice, et dans lequel l'injection d'une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 dans l'utérus amena en douze heures la mort par péritonite, l'auteur fait la critique des injections intra-utérines au moyen de la seringue de Braun. Outre la possibilité de perforer l'utérus ou de faire pénétrer le liquide dans les trompes, l'emploi des injections caustiques pour lesquelles cette seringue est faite est plein de dangers. Leur usage doit être soumis à des règles très précises : il faut que l'orifice du col atteint une certaine largeur ; la cavité utérine doit être préalablement lavée avec une solution antiseptique faible pour enlever le sang ou le mucus. Après l'injection caustique (l'auteur emploie une solution d'acide phénique dans l'alcool à 10 p. 100), un nouveau lavage intra-utérin n'est pas inutile ; tout au moins pendant l'injection, le vagin sera irrigué avec une solution indifférente pour entraîner la quantité de caustique superflue. Il est acquis en tout cas que toute injection de ce genre doit être proscrite pendant le cours d'un état franchement inflammatoire de l'utérus. D'une façon générale, le danger de ces injections réside moins dans la quantité de liquide injectée que dans l'altération de la paroi utérine, qui s'accomplit sur une étendue que l'on ne peut apprécier, et dont on n'est pas le maître.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

***

**93. — L'absorption rectale en gynécologie.** — Witte (*Deutsche med. Woch.*, 16 juillet 1896) rappelle tout d'abord que Dührssen a préconisé les injections de solutions stérilisées d'eau salée

dans le tissu cellulaire sous-cutané, en cas d'hémorragies graves. Witte fait ressortir les inconvénients de ces injections sous-cutanées et appelle l'attention des gynécologues sur le pouvoir d'absorption considérable de la muqueuse rectale. Par cette voie des quantités de liquide beaucoup plus considérable peuvent être introduites dans la circulation et avec une rapidité beaucoup plus grande, que par la séreuse péritonéale. Aussi recommande-t-il ces injections intestinales dans les cas d'hémorragie internes, avant comme après l'hémostase ; dans les laparotomies en particulier, lorsque la perte de liquide a été un peu considérable, les lavements d'eau salée améliorent l'état général des malades d'une manière absolument remarquable.

(*Rev. de thérap. med. chir.*)

***

**94. — Pansement désinfectant pour le cancer utérin.** (Lutaud.)

| | |
|---|---|
| Iodoforme | 18 gr. |
| Sulfate de quinine | 3 gr. |
| Charbon pulvérisé | 15 gr. |
| Essence de menthe | 15 gout. |

Ce mélange sera employé à l'état pulvérulent plutôt que dilué dans un excipient liquide quelconque, afin d'éviter la diffusion du liquide sur les parois vaginales saines. Pour appliquer le pansement, on saupoudre un tampon de coton de quelques pincées d'iodoforme ; on en ajoute une certaine quantité dans l'intérieur du tampon et on le porte directement sur la surface ulcérée.

On en obtiendra les meilleurs effets, à condition de ne pas déterger l'ulcération, c'est-à-dire de ne pas faire le nettoyage de la plaie avant l'application du pansement. Le nettoyage se fait par la seule action de l'iodoforme.

***

**95. — Traitement du prurit vulvaire pendant la grossesse.** (M. Fieux.) — Il s'agit d'une malade de trente-quatre ans, tertipare, sans antécédents nerveux. La grossesse actuelle n'a rien présenté d'anormal jusqu'en avril dernier, au milieu du septième mois. A ce moment-là, démangeaisons intolérables du côté de la vulve ; elle ne dort plus, mange à peine, devient très irritable ; malgré deux injections quotidiennes au sublimé et l'application constante de com-

presses d'eau froide, la malade n'est pas calmée. A l'examen, les organes génitaux ne présentent rien de particulier, ni oxyure, ni pédiculi, ni écoulement blennorragique.

Sans m'attarder aux lotions ou aux pommades, j'employai immédiatement la méthode de Paul Ruge (de Berlin) ; je brossai et savonnai énergiquement la vulve, le vagin et le col, je les lavai ensuite avec huit à dix litres de sublimé à 4 °/₀₀ pendant quinze minutes environ. J'obtins ainsi la cessation définitive et immédiate des démangeaisons. Le traitement date d'un mois et le prurit ne s'est pas renouvelé.

Le résultat de ce traitement, s'il ne nous permet pas de nier le prurit vulvaire purement nerveux, semble pourtant permettre de croire dans certains cas à son origine bactérienne. Mais le point important est que ce nettoyage à fond, rigoureux, mécanique et antiseptique à la fois, doit être fait par le médecin lui-même pour donner des résultats.

***

**96. — Traitement chirurgical des prolapus utérins.** — M. Chavannaz a rapporté à la *Société de gynécologie de Bordeaux* deux cas de prolapsus génitaux totaux, datant l'un de trente ans, l'autre de quatorze ans, se présentant chez des femmes de soixante-cinq et soixante-dix ans. Chez ces deux malades il a pratiqué le cloisonnement du vagin avec réfection de la fourchette. Dans l'un des cas il a légèrement modifié le procédé de Lefort, en ce qui concerne le mode de sutures. Au lieu de pousser transversalement les fils jusqu'au centre de l'avivement, ce qui est toujours assez délicat, il n'a pris que les bords de la surface cruentée et il a complété chacune des sutures marginales par une suture en surjet à direction transversale. Ces dernières sutures, en assurant une parfaite coaptation des portions centrales des zones avivées, devaient faciliter une réunion par première intention dans toute l'étendue de la plaie.

Les malades revues l'une vingt-six mois, l'autre quatorze mois après l'intervention, sont toutes deux en parfait état. Ce résultat est d'autant plus à noter que chez l'une des malades, au moment de l'opération, la cavité utérine mesurait 11 centim. 1/4. Se basant sur ces observations, M. Chavannaz pense que chez les femmes atteintes de prolapsus total et ayant depuis longtemps dépassé la ménopause, le cloisonnement du vagin, à moins de frais que l'hystérectomie, pourra souvent donner des résultats avantageux. (*Bull. méd.*)

***

**97. — Traitement de l'éclampsie puerpérale**, par CLARTON EDGAR. (*Medical Record*, 26 décembre 1896.) — Après quelques considérations sur les causes de l'éclampsie : intoxication alimentaire, rétention de la bile, auto-inxication, l'auteur aborde le traitement de l'attaque confirmée. Il considère successivement les trois indications à remplir :

1° Combattre les convulsions :

2° Vider l'utérus avec rapidité, en causant le moins de désordre possible, la patiente étant sous l'influence du chloroforme :

3° Eliminer le poison ou les poisons causes des convulsions.

Pour combattre les convulsions on peut avoir recours au chloroforme, puis au veratrum viride (ellébore blanc d'Amérique). La morphine doit être rejetée, car on peut la considérer comme un poison qui vient s'ajouter à ceux déjà contenus dans l'organisme.

Le veratrum viride ralentit le pouls, abaisse la température, cause une diaphorèse rapide, ainsi que la diurèse ; c'est le médicament de choix après le chloroforme.

Pour vider l'utérus on doit attendre, si possible, le commencement du travail et terminer l'accouchement naturellement. L'accouchement artificiel ne doit être pratiqué que si le traitement médical est insuffisant.

L'intervention doit être différée jusqu'à ce que le col soit dilaté ou dilatable. Ce sont du reste les prescriptions de Charpentier que l'auteur reproduit en détail.

---

# FORMULAIRE

## *Traitement des hémorrhagies utérines liées à la présence de fibromes.*

(Jules CHÉRON.)

Les hémorrhagies utérines, chez les malades atteintes de fibromes, sont souvent considérées comme une indication suffisante de l'hystérectomie (hystérectomie vaginale, si le fibrome n'atteint pas l'ombilic ; hystérectomie abdominale, si le fibrome est volumineux). Malgré les perfectionnements apportés, dans ces dernières années, à la technique de l'hystérectomie soit vaginale, soit abdominale, malgré les bons résultats qu'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître à l'hystérectomie abdominale totale, il existe des cas nombreux pour lesquels le traitement palliatif, surtout si la malade est arrivée près de l'époque de la

ménopause, mérite d'être préféré au traitement radical qui présente toujours un certain danger.

On sait, par les travaux de Wyder, de Von Campe, etc., minutieusement analysés dans la thèse du Dr Batuaud, auquel nous devons une bonne description de l'endométrite qui accompagne les tumeurs fibreuses, que les hémorrhagies rebelles et tenaces dont souffrent les malades atteintes de myomes utérins sont beaucoup plus directement en rapport avec l'endométrite concomitante qu'avec les tumeurs elles-mêmes ; c'est pourquoi le curettage de la cavité utérine représente le traitement palliatif le plus énergique qu'on puisse opposer à ce genre d'hémorrhagies.

Cependant, à la ménopause, on peut observer des hémorrhagies, chez des malades fibromateuses, avec une endométrite légère ; d'autre part, certaines personnes pusillanimes redoutent une opération quelque bénigne qu'elle soit et réclament un traitement purement médical.

Voici quelle est ma manière de faire, en pareil cas :

1° Le col ayant été mis à nu à l'aide du spéculum, un hystéromètre flexible auquel on a donné la courbure appropriée et qu'on a flambé au préalable, est introduit jusqu'au fond de l'utérus. En imprimant au manche de l'instrument des mouvements de latéralité et de torsion, on arrive facilement à taquiner la cavité utérine sur une large surface, et à éveiller ainsi une action réflexe qui aide à diminuer l'écoulement sanguin.

2° Avec un dilatateur métallique à deux branches, introduit de façon à dépasser franchement l'orifice interne, je dilate tout le canal cervical, ce qui agit dans le même sens et de la même façon que la manœuvre précédente.

3° Une série de petits tampons d'ouate sèche (ou, en cas de congestion accentuée, d'ouate imbibée de glycérine boriquée) sont placés dans les culs-de-sac du vagin, de manière à comprimer le col sur toute son étendue. Ce tamponnement agit dans le même sens que les deux moyens déjà décrits.

4° Enfin, on termine par une injection hypodermique d'ergotine (1 cent. cube d'ergotine Yvon par exemple), qu'on répétera au besoin dans la soirée.

Le même traitement est recommencé 2 jours plus tard.

Il est rare qu'on ait besoin de plus de 3 à 4 séances, alors même que les injections chaudes abondantes, le tamponnement, les hémostatiques divers avaient été employés isolément sans succès.

---

*Directeur-Gérant*, Dr J. Chéron.

---

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3. place Saint-André.

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

I. — Métrorrhagies et maladies du cœur.
II. — Etiologie du cancer de l'utérus.
III. — Insuffisance ovarienne et maladie de Basedow.

I. — D'un important travail de M. Dalché, paru récemment, dans la *Gazette des hôpitaux*, les considérations suivantes sur les rapports des métrorrhagies avec les maladies du cœur méritent surtout d'être retenues :

Les métrorrhagies sont favorisées par les affections cardiaques qui entretiennent une certaine gêne circulatoire sans arriver pour cela à un état grave d'asystolie ; nous les rencontrerons donc bien plus souvent au cours des *lésions mitrales* que des *lésions aortiques*.

Le *rétrécissement mitral* pur de l'adolescence, d'évolution, etc., paraît être l'altération valvulaire qui trouble la menstruation avec le plus de facilité ; son action congestive prédominante nous en donne la raison, comme aussi son intervention dès le début de la vie génitale, à l'époque de la puberté.

Le rétrécissement pur acquis reste encore assez rare, tandis que la maladie mitrale complète, rétrécissement avec insuffisance, puis l'*insuffisance* pure, président à l'apparition d'un certain nombre de pertes.

Les *affections organiques du cœur* droit ne semblent pas avoir d'influence bien indiquée sur les pertes utérines.

M. Huchard a décrit le premier des métrorrhagies consécutives à l'*hypertension artérielle ;* il faut les connaître, car elles sont indiscutables aux approches de la ménopause, époque où se manifestent les atteintes de l'artério-sclérose.

Plus récemment, le Dr Reinicke incrimine la *dégénérescence sclèreuse des artères utérines*, non pas seulement dans leurs grosses branches, mais encore dans leurs fines ramifications qui deviennent incapables de se contracter et laissent s'éterniser l'écoulement menstruel. M. Dalché a observé, pour sa part, des pertes utérines après la ménopause où une dégénérescence des artères lui a paru la cause la plus vraisemblable et certaines métrorrhagies attribuées jusqu'ici à la néphrite granuleuse doivent sans doute être rapportées à la même étiologie.

L'action des cardiopathies sur la matrice est aidée non seulement par une lésion utérine ou péri-utérine, mais encore par la coexistence d'une maladie qui peut s'accompagner elle-même de métrorrhagie, la constipation chronique, les hémorrhoïdes, l'entéroptose, les affections du foie, etc.

Avec la *puberté* l'influence d'une maladie du cœur devient redoutable et les troubles précoces de la menstruation sont parfois les premiers symptômes qui attirent l'attention sur une lésion valvulaire inconnue jusqu'alors ; souvent, mais non pas d'une façon exclusive, il s'agit d'un rétrécissement mitral. L'éruption des premières règles est difficile, leur réapparition irrégulière se précipite ou s'éloigne, leur établissement se fait mal ; à une période à peu près normale ou même pauvre en sang succède, le mois d'après, un écoulement très abondant, qui prend aux époques suivantes le caractère de grandes pertes ; à leur suite persiste une exagération de la leucorrhée si fréquente à la puberté. Des phénomènes douloureux de dysménorrhée utérine et ovarienne aggravent la situation, car si l'ovaire n'est pas l'unique ou le principal fauteur des hémorrhagies, il n'en subit pas moins l'action du cœur, et retentit sans

doute à son tour sur l'utérus. Ces accidents de la puberté compromettent quelquefois toute la vie génitale ; les règles demeurent pénibles et profuses, les pertes répétées, les souffrances fatiguent la jeune fille qui, entravée dans son développement, se débilite et garde une apparence anémique ; plus tard, la femme reste stérile, ou, si la fécondation s'accomplit, la survie des enfants est diminuée (Durozier). Mais il ne faudrait pas exagérer ces considérations inquiétantes : nombre de filles portent fort bien une lésion du cœur sans la moindre atteinte du côté de l'appareil sexuel ou tout au moins avec des atteintes transitoires et assez légères pour ne pas rendre tout à fait précaires les fonctions utéro-ovariennes.

Si l'affection valvulaire débute après la puberté, tantôt les règles sont troublées dès l'apparition de la lésion cardiaque, tantôt après une période plus ou moins longue de tolérance.

A la ménopause, le rôle possible de l'artério-sclérose ne doit pas être oublié. A un âge avance, il peut y avoir des hémorrhagies plus ou moins périodiques, sans lésion utérine, avec atrophie des ovaires constatée à l'autopsie, explicables par la gêne de la circulation de la veine cave inférieure, causée par une maladie du cœur.

Ces considérations, loin de rester purement théoriques, prennent de l'importance au point de vue des *indications thérapeutiques*. Malgré une intervention opératoire qui paraissait judicieuse, nous voyons des ménorrhagies se renouveler ou ne gagner qu'une amélioration momentanée, incomplète, à un nettoyage par exemple qui demeure insuffisant ou tout à fait inefficace. Alors, derrière l'utérus, il y a souvent un autre organe malade qui préside en grande partie à la production des pertes : c'est le cœur, pour le cas que nous envisageons, et dans le traitement institué, nous devons nous préoccuper au moins autant de son état que de celui de la matrice.

Il ne nous est pas permis d'espérer la guérison au sens strict du mot et la femme est exposée à des rechutes futures ; mais nous pouvons atténuer les accidents et calmer les douleurs. La malade sera maintenue au lit et gardera l'immobi-

lité le plus qu'il lui sera possible ; on débarrassera l'intestin par quelques purgations légères. Howship-Dickinson (de Dublin), frappé par la coexistence d'un souffle diastolique au cœur, essaya la digitale contre une métrorrhagie chez une patiente dont l'utérus était sain : la perte s'arrêta. Dickinson conseillait les doses énormes de 15 à 30 grammes. Trousseau et Lassègue s'en tenaient à 8 grammes (Fonssagrives). M. Dalché a vu Gollard ordonner avec succès de 30 à 50 centigrammes de feuilles en infusion ; on peut combiner à doses beaucoup plus faibles la digitale à l'ergot et au sulfate de quinine ; on a aussi préconisé la noix vomique et le trophantus. M. Huchard prescrit judicieusement l'opium et les sédatifs lorsque les accidents révèlent de l'hypertension artérielle. En prévision des complications toujours à craindre, il faut recommander le repos dès que se manifestent les pesanteurs, les douleurs annonçant la venue des règles. Si une affection utérine concomitante oblige à en arriver à une intervention opératoire, la guérison risque fort de ne pas être définitive et le traitement reste palliatif.

II. — Nos connaissances relatives à l'étiologie du cancer utérin sont encore bien incertaines.

Il semble assez nettement établi que l'endocervicite, surtout l'endocervicite avec ectropions par déchirure du col qu'on observe si souvent chez les malades qui ont eu des enfants sert de point de départ à l'épithélioma du col, forme la plus fréquente du cancer utérin. Le nom de Breisky reste attaché à cette hypothèse très plausible.

M. Baecker vient de reprendre cette question, en analysant 705 cas de cancers utérins observés à la clinique de Budapest.

Voici les conclusions de cet auteur, d'après l'analyse de la *Semaine médicale* (1897, p. 276) :

M. Baecker croit d'abord pouvoir nier, en se basant sur ses recherches personnelles, la nature parasitaire du cancer. Le facteur étiologique principal consisterait, d'après lui, en une *endométrite puerpérale*. Cette opinion est fondée sur le fait

que la plupart des femmes atteintes de cancer utérin avaient déjà accouché une ou plusieurs fois : on ne comptait que 61 femmes n'ayant jamais accouché sur les 705 malades affectées de cancer, tandis que les nullipares fournissent le quart des maladies gynécologiques non cancéreuses. Les rapports entre la puerpéralité et le développement du néoplasme ne sont cependant qu'indirects, car, dans 6.5 % des cas seulement, le cancer était survenu au cours de la première année qui suivait un accouchement ; dans 85 % des cas, au contraire, on ne put établir aucune relation directe entre la néoplasie et les suites de couches. Ces faits, contradictoires au premier abord, s'expliquent aisément, selon M. Baecker, si l'on admet que ce n'est point par le traumatisme de l'accouchement que se développe la prédisposition au cancer, mais bien par l'endométrite observée si fréquemment à la suite d'accouchements répétés. L'auteur a pu constater, en effet, que sur 70 matrices extirpées pour cancer, 3 seulement étaient indemnes d'endométrite. D'après quelques gynécologues, l'endométrite gonorrhéique occuperait le même rang, relativement à l'étiologie du cancer, que l'endométrite puerpérale. M. Baecker croit, au contraire, avoir observé, d'une part, que la gonorrhée est plutôt rare chez les femmes cancéreuses et, d'autre part, que les prostituées, si souvent atteintes de gonorrhée, ne sont que rarement affectées de cancer de l'utérus. Le fait, noté depuis longtemps déjà, à savoir que le cancer de la matrice se rencontre de préférence dans la classe pauvre, s'expliquerait par cette raison que, dans cette classe de la société, le traitement médical de l'endométrite est généralement négligé.

Quant à la localisation du néoplasme dans la matrice, l'auteur a constaté que le cancer utérin siège d'autant plus haut que l'âge de la malade est plus avancé. Cette localisation correspond au siège habituel de l'endométrite aux différentes époques de la vie.

M. Baecker arrive à cette conclusion pratique, que l'examen vaginal ne devait être omis dans aucun cas de pertes blanches et d'hémorrhagies, principalement chez des malades qui se trou-

vent dans l'âge critique, et que la mesure prophylactique la plus importante contre le cancer doit être la guérison de l'endométrite chronique.

III. — Un gynécologiste allemand, M. SEELIGMANN (de Hambourg), a observé récemment trois cas de maladie de Basedow dans lesquels les symptômes morbides, qui étaient en relation manifeste avec une atrophie ou hypoplasie utéro-ovarienne se trouvèrent rapidement amendés par l'injection d'extrait ovarien.

Ces trois cas sont intéressants : 1° en ce qu'ils établissent une relation de cause à effet entre l'atrophie ovarienne et le développement de la maladie de Basedow ; 2° en ce qu'ils montrent l'importance de cette sécrétion ovarienne que l'on étudie depuis peu, mais dont le rôle ne saurait être désormais considéré comme négligeable (d'où l'utilité de recourir aussi souvent que possible au traitement gynécologique conservateur et de réserver les mutilations aux seuls cas d'une réelle gravité pour l'existence même des malades) ; 3° en ce qu'ils confirment enfin les notions récemment acquises sur l'antagonisme des ovaires et du corps thyroïde.

Voici ces trois cas d'après le résumé de la *Semaine médicale* du 4 août dernier :

Dans la première observation, il s'agissait d'une femme âgée de quarante-deux ans, atteinte d'un goître exophtalmique pour lequel elle avait subi, en 1892, la thyroïdectomie. Cette intervention n'amena qu'une amélioration temporaire du syndrome basedowien, qui même ne tarda pas à s'accentuer. Cette malade souffrait, en outre, de métrorrhagies abondantes ; l'utérus et les ovaires étaient nettement atrophiés. M. Seeligmann prescrivit d'abord l'ergotine et des irrigations vaginales chaudes ; puis, lorsque les métrorrhagies eurent cessé, il fit prendre des tablettes d'ovarine, sous l'influence desquelles tous les symptômes morbides, exophtalmie, tachycardie, angoisse, oppression et transpirations abondantes, ne tardèrent pas à se dissiper.

Le second cas concernait une personne de vingt-quatre ans, qui présentait, en même temps qu'une maladie de Graves typique, une atrophie de l'utérus, des ovaires et du vagin. Les menstrues étaient faibles et irrégulières. L'usage des tablettes d'ovarine modifia favorablement l'état général, mais à un degré moindre que chez la première malade.

Enfin, M. Seeligmann est parvenu à améliorer considérablement, au moyen de l'opothérapie ovarienne, une troisième patiente, âgée de quarante-neuf ans, affectée depuis lontemps d'exophtalmie considérable, de tachycardie et de goître. Dans ce cas, l'utérus et les ovaires étaient également atrophiés ; la menstruation avait cessé depuis neuf ans.

JULES BATUAUD.

---

# TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

—

(18e *article, voir les nos précédents, à partir de janvier 1895.*)

## Gymnastique suédoise. — Traitement manuel de la constipation,

Par le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare,

et le Dr Jules BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

SOMMAIRE. — Enumération des procédés de gymnastique suédoise préconisés par Thure Brandt avec les indications de chacun d'eux.
Description complète des procédés les plus usités :
1° Flexion et extension des bras (mouvement décongestionnant).
2° Gymnastique des adducteurs (mouvement décongestionnant employé aussi dans les prolapsus et les rétrodéviations).
3° Rotation alternative du tronc (mouvement décongestionnant).
4° Flexion passive des membres inférieurs (mouvement congestionnant, aménorrhée).
5° Tapotement dorso-sacré (prolapsus et retrodéviations).
6° Gymnastique du releveur de l'anus (prolapsus).
Traitement manuel de la constipation d'après Thure Brandt.

A l'étude du massage gynécologique, entreprise dans nos précédents chapitres, se rattache d'une façon trop intime la gymnas-

tique suédoise, pour que nous puissions la passer complètement sous silence.

Nous ne saurions, d'autre part, décrire *in extenso* tous les procédés de gymnastique préconisés par Thure Brandt ; ce serait faire œuvre peu utile, puisque le lecteur qui voudrait approfondir cette question aurait tout intérêt à se reporter aux descriptions mêmes de l'auteur.

C'est pourquoi nous nous bornerons à une sèche énumération des divers procédés avec les indications de chancun de ces procédés ; puis nous reprendrons en détail les procédés les plus usités et nous donnerons la technique seulement de ces procédés de choix. Enfin nous décrirons le traitement manuel de la constipation que nous avons souvent employé avec succès et qui, pour cette raison, mérite d'être connu de nos lecteurs.

Voici, d'après la traduction française de Jules Stas que nous avons déjà citée plusieurs fois, les procédés de gymnastique préconisés par Thure Brandt et leurs indications :

1° Debout contre appui, friction transversale du ventre (mouvement très actif dans la constipation chronique).

2° Mi-couchée courbée — foulage abdominal et assise les muscles relâchés — ébranlement transversal des flancs (constipation).

3° Mi-couchée courbée — ébranlement transversal du ventre (diarrhée, contre-indiqué dans la rétroflexion).

4° Assise, bras étendus, buste incliné, jambes écartées — rotation alternative du tronc (métrorrhagie, diarrhée).

5° Debout contre un appui, bras étendus, jambes écartées — flexion latérale alternative du tronc (constipation).

6° Assise à califourchon — mouvement circulaire du tronc (constipation).

7° Assise, bras étendus, buste tourné, jambes écartées — rotation alternative du tronc avec pression du dos (contre la congestion du bassin).

8° Assise à califourchon, penchée en avant — rotation alternative du tronc (mêmes indications chez les femmes affaiblies).

9° Mi-couchée — flexion de la jambe (aménorrhée).

10° Mi-couchée — mouvement circulaire de la cuisse et lancer les genoux vers le ventre (aménorrhée, constipation).

11° Mi-couchée courbée. — Ecartement et rapprochement des genoux, le siège étant soulevé (prolapsus, rétrodéviations, métrorrhagies).

12° Debout, bras étendus, pied appuyé — flexion du genou avec pression des mains (aménorrhée seulement).

13° Assise sur une chaise, buste incliné, hanches fixées — rotation alternative du tronc (métrorrhagies).

14° Couchée dans le décubitus ventral, buste dépassant le canapé — tenir le tronc en position horizontale (métrorrhagies).

15° Penchée en avant à tomber — abaissement de la jambe par pression (métrorrhagies).

16° Mi-couchée — flexion, extension et rotation du pied (refroidissement des extrémités, contre-indiqué par l'existence d'hémorrhagies).

17° Debout contre appui — hachure du dos et tapotement transversal du sacrum (prolapsus, rétrodéviation, aménorrhée).

18° Agenouillée, les genoux écartés — mouvement de torsion du tronc (aménorrhée).

19° Debout dans la position de la marche — flexion plane du bras (active les mouvements respiratoires).

En résumé, les mouvements 1, 2, 5, 6, 10 sont spécialement indiqués pour combattre la constipation ; les mouvements 3 et 4 s'adressent, au contraire, à la diarrhée ; les mouvements 10, 12, 18 sont destinés à faire cesser l'aménorrhée et sont dits mouvements congestionnants, tandis que les mouvements 7, 8, 11, 13, 14, 15, sont dits décongestionnants et sont applicables chez les ménorrhagiques. Les mouvements 16 et 19 remplissent des indications particulières (refroidissement des extrémités, insuffisance des combustions respiratoires). Il y a donc, dans l'ensemble de cette gymnastique, des ressources assez variées pour le gynécologiste, mais tous ces mouvements n'ont pas une égale importance et quelques-uns d'entre eux, soit par la facilité de leur application, soit par leur puissance plus marquée, méritent

d entrer dans la pratique journalière. Ce sont, à notre avis, les suivants :

1° *Flexion et extension des bras.*—Un des mouvements décongestionnants les plus actifs et les plus usités. Indiqué dans les congestions pelviennes avec ou sans métrorrhagies.

Le médecin se place debout, la jambe gauche en avant, sur un plan élevé ; la malade est assise sur une chaise, les genoux écartés et serrant un angle de la chaise longue sur laquelle est placé le médecin, en face d'elle. La malade, tenant la colonne vertébrale bien droite, lève les bras en l'air vers le médecin qui les saisit. Dans un premier temps, la malade se penche en avant, en portant les coudes en dehors et en arrière, tandis que le médecin résiste au mouvement. Dans un second temps, le médecin ramène les bras dans l'extension et c'est la malade qui résiste au mouvement.

Chacune de ces manœuvres est répétée une dizaine de fois. On fait une séance tous les jours.

2° *Gymnastique des adducteurs.* Le mouvement le plus usité de tous. Agit comme décongestionnant. Tonifie les muscles du bassin. Est indiqué dans les prolapsus, les abaissements, les rétrodéviations et les états congestifs.

La malade est couchée sur la chaise longue, les jambes fléchies à angle droit, de façon à ce que les pieds soient posés carrément, la tête appuyée, les bras le long du corps, le siège soulevé, de telle sorte que tout le poids du corps porte sur la tête, la nuque et sur les pieds. Le médecin est debout, au pied de la chaise longue, appliquant la paume des mains sur la face externe des genoux de la malade, pour le mouvement d'écartement et sur la face interne pour le rapprochement des genoux.

Dans un premier temps, le médecin écarte les genoux régulièrement et sans saccades pendant que la malade fait résistance.

Dans le second temps, le médecin rapproche les genoux pendant que la malade résiste.

On fait de trois à neuf de ces mouvements par séance, suivant l'état des forces de la malade.

3° *Rotation alternative du tronc.* — Très décongestionnant pour le bassin. Indiqué dans les métrorrhagies.

La malade est assise, le tronc fléchi en avant, les genoux écartés, les membres supérieurs relevés, les bras horizontaux, le coude fléchi. Le médecin debout sur une chaise, en face de la malade, lui prend les mains et tourne alternativement le tronc de la malade à droite et à gauche (en tirant sur le bras droit ou sur le bras gauche), pendant que le malade résiste. Puis la malade revient à la position première, pendant que le médecin fait résistance

On fait de trois à quatre rotations successives à chaque séance, pas plus (Thure Brandt).

4° *Flexion passive des membres inférieurs.* — Est le mouvement le plus usité contre l'aménorrhée.

La malade est à demi couchée sur la chaise longue, les jambes en dehors. Le médecin se place à côté d'elle et prend une des jambes, une main dans le creux poplité, l'autre sur le pied. Il fléchit la cuisse sur l'abdomen une dizaine de fois de suite, la malade étant absolument passive. La même manœuvre est répétée sur l'autre jambe.

5° *Tapotement dorso-sacré* (1). — Très employé comme adjuvant du traitement manuel des rétroversions et du prolapsus.

La malade debout, pieds un peu écartés, penche le buste fortement en avant, s'appuyant sur les bras tendus en avant.

Hachures légères depuis la nuque, jusqu'aux premières lombaires, des deux côtés de la colonne vertébrale (cinq ou six fois de haut en bas) avec la main ouverte, doigts écartés, pouces tournés en haut, l'index, puis le bord cubital de la main frappant le point choisi. Tous les mouvements doivent se faire dans le poignet du masseur, le bras étant immobile.

Tapotement de la région lombaire de la région sacrée avec les

(1) Il y a une autre variété de tapotement dorso-sacré employé dans l'aménorrhée, mais alors la malade se tient droite et les tapotements sont plus énergiques, de façon à déterminer un afflux du sang du côté du bassin.

doigts de la main droite fléchis dans la paume sans être fermés pendant que la main gauche soutient l'abdomen de la malade.

6° *Gymnastique du releveur de l'anus.* — Très employée dans le traitement des prolapsus et des rétrodéviations.

La malade fait, une vingtaine de fois de suite, matin et soir, un effort comme pour retenir une violente envie d'aller à la selle.

Voici enfin la technique du massage de Thure Brandt contre la constipation. Ce massage est très efficace ; nous devons dire seulement qu'il est contre-indiqué dans les congestions avec hémorrhagies, et, même sans exagération de l'écoulement sanguin, pendant la période des règles.

MM. Jentzer et Bourcart (1) décrivent de la façon suivante, le procédé le plus souvent employé :

« La malade est en station couchée de Brandt.

*a*) Le médecin, à la gauche de la malade, les deux mains appliquées sur l'hypochondre gauche, coudes en dehors, faces dorsales des mains tournées l'une contre l'autre, de façon qu'une des faces palmaires regarde en haut et l'autre en bas, les dernières phalanges en hyperextension, l'extrémité des doigts se touchant — le médecin fait avec l'extrémité des doigts des mouvements demi-circulaires, avançant de dehors en dedans et de haut en bas, obliquement. Il vide ainsi l'S iliaque dans le rectum.

*b*) Plaçant ensuite les deux mains à côté l'une de l'autre, le médecin fait avec l'extrémité des doigts dirigée en haut, un mouvement de friction demi-circulaire, en appuyant plus ou moins fortement suivant le degré de sensibilité, mais avec une grande douceur.

Il faut avoir soin de ne pas frotter simplement la peau, mais de masser la profondeur en entraînant la paroi abdominale avec la main. On masse ainsi en partant de l'S iliaque, en remontant toujours au-dessus du point massé, et en reprenant la peau plus haut dans le mouvement circulaire des doigts. On chasse de cette

(1) Loc. cit., p. 149.

façon peu à peu, dans le rectum, le contenu de l'S iliaque et du côlon descendant, puis on vide le côlon transverse, et ainsi de suite, contrairement à ce qu'on avait l'habitude de faire dans nos pays... Il faut toujours masser plus délicatement le côlon transverse.

*c*) La malade étendant alors les jambes, le médecin appliquant ses mains à plat l'une contre l'autre, sur l'abdomen de la malade, pratique un pétrissage circulaire du ventre. Il imprime à la main un mouvement de balancement de façon à n'agir que par le talon de celle-ci ou avec l'extrémité des doigts et à ne pas appuyer sur la région médiane où se trouve l'intestin grêle.

*d*) Puis, appliquant, de la même façon, les mains sur le bas-ventre, le médecin soulève vers le diaphragme toute la masse intestinale en lui imprimant une légère trépidation.

---

# MÉTRORRHAGIE ET MARIAGE

Par M. le Professeur G. Eustache.

—

La métrorrhagie des jeunes filles, de même que tous les autres troubles de la menstruation à cet âge, reconnaît des causes diverses et demande en conséquence l'emploi de moyens variés, quand on veut en venir à bout.

Le plus souvent, la métrorrhagie, qui n'est que de la ménorrhagie plus fréquente et plus prolongée, est idiopathique ou essentielle comme l'on disait autrefois, nerveuse ou réflexe, comme l'on dit plus volontiers aujourd'hui. Elle est sous la dépendance d'un trouble de la nutrition, chlorose, anémie, etc. Elle est quelquefois une des manifestations de l'hystérie. Sans doute, c'est l'aménorrhée que l'on observe plus fréquemment en ces circonstances ; mais la ménorrhagie qui ne tarde pas à dégénérer en véritable métrorrhagie persistante, a été citée et observée un certain nombre de fois.

Convenons toutefois qu'il semble répugner à l'esprit contemporain d'admettre la production d'un symptôme morbide local,

principalement s'il est persistant, sans qu'il y ait lésion matérielle du ou des organes qui en sont le siège. Aussi la métrorrhagie, pense-t-on, doit être toujours ou presque toujours symptomatique d'une lésion organique ou statique de l'utérus et de ses annexes. En effet, on trouve souvent, chez les jeunes filles en question, des lésions utérines telles que hypertrophie du col, métrite parenchymateuse, endométrite fongueuse infectieuse ou non. On trouve encore des déplacements utérins, anté et rétroversion ou flexion, des polypes muqueux du col ou du corps, des fibrômes à leur période de début, enfin de la salpingite, de l'ovarite, des déplacements de l'un ou des deux ovaires.

Il va sans dire que, vu la multiplicité de causes et d'origines, le traitement peut et doit varier suivant les cas.

Dans les premiers, il sera exclusivement médical : hygiène, reconstituants, fer, quinquina, hydrothérapie, etc.

Dans les seconds, une intervention chirurgicale s'impose, diverse suivant les circonstances : ignipuncture, curettage, hystérotomie ou même hystérectomie : je ne parle pas de la castration normale, ou opération de Battey, qui ne compte plus guère de partisans aujourd'hui.

Mais que la métrorrhagie soit idio- ou deutéropathique, qu'elle soit sous la dépendance d'un état local ou d'un état général, qu'elle se produise chez une anémique ou chez une pléthorique, le premier moyen qui doit être employé de prime abord et continué pendant toute la durée de la maladie, c'est, sans conteste, le repos de l'organe, l'absence d'irritation de la matrice, l'absence de coït.

Si la femme est mariée, le médecin ne manquera jamais de faire cette recommandation. S'il s'agit d'une jeune fille, il ne songera nullement à traiter une métrorrhagie persistante par le mariage ; et, si celui-ci est en projet, il ne manquera pas d'en conseiller et même d'en prescrire la remise jusqu'après la cessation plus ou moins assurée de l'hémorrhagie.

Le mariage peut sans doute avoir des effets heureux sur certains troubles de la menstruation : aménorrhée, dysménorrhée. Il est contr'indiqué, dit-on généralement et presqu'universelle-

ment, dans la métrorrhagie persistante et continue. Ses avantages sont plus qu'incertains : par contre, ses inconvénients et même ses dangers sautent aux yeux.

Et pourtant, comme dit le proverbe, il ne faut jamais jurer de rien, en pathogénie féminine plus peut-être qu'en toute autre chose. Ici, en effet, il arrive parfois que tel moyen, qui paraît de prime abord l'antithèse du bon sens, peut devenir et devient à l'essai le seul bon, le seul efficace, le seul curateur.

A quoi rapporter ces exemples vraiment paradoxaux qui sont loin d'être rares dans la pathologie de la femme ? C'est que celle-ci et la jeune fille sont très fréquemment les victimes de cet état névropatique complexe, que l'on appelle l'*hystérie*. Or, qui dit hystérie dit suprises sur toute la ligne, soit dans la manifestation, soit dans la marche et l'évolution des phénomènes morbides.

Les hémorrhagies sont loin d'être rares chez les hystériques. Vous connaissez tous les cas d'hémorrhagie cutanée, d'hématémèse ou d'hémoptysie, les ecchymoses sous-cutanées ou stigmates, etc. Du côté de la menstruation, l'aménorrhée est la règle, mais avec des hémorrhagies supplémentaires qui peuvent se produire du côté des organes les plus divers.

La ménorrhagie et la métrorrhagie sont absolument exceptionnelles. Il ne faudrait pas pourtant fouiller outre mesure les annales de la littérature médicale pour en trouver des exemples.

Dans des cas semblables, on s'acharne pendant plus ou moins longtemps à trouver une cause organique vraie ou supposée, et à combattre par des moyens divers, thérapeutiques ou chirurgicaux, cette cause locale, la seule, pense-t-on, qui puisse expliquer la persistance de la perte sanguine. L'échec est aussi persistant que l'erreur de la pathogénie.

Viennent une circonstance fortuite, un événement imprévu qui, en raison de leur importance et quelquefois de leur étrangeté, modifient et bouleversent le cours de la vie, changent les habitudes et la manière d'être, créent en quelque sorte un état entièrement nouveau, et le symptôme morbide, jusque-là invincible et inexpliqué, disparaît subitement, inopinément, quelque-

fois pour faire place au retour de la santé, d'autres fois pour être remplacé par le symptôme diamétralement opposé.

Pour en revenir à la métrorrhagie, le mariage, avec ses pratiques et ses émotions ne peut que l'accroître et l'aggraver, et c'est ce qui a lieu dans presque tous les cas, aussi semble-t-il être contr'indiqué et défendu d'une façon générale.

Mais que le mariage soit vivement désiré par la malade ; qu'il s'effectue dans des circonstances véritablement exceptionnelles, au milieu des appréhensions les plus vives, et le contraire pourra être observé. Non seulement la métrorrhagie ne sera pas accrue, mais elle pourra être amendée, guérie et même, fait plus extraordinaire encore, transformée en une aménorrhée non moins rebelle qu'elle.

Ces faits-là sont rares, j'en conviens ; ils sont surprenants, inexplicables, ou tout au moins bien difficiles à expliquer. Ils n'en existent pas moins, et la Clinique doit les noter au passage. Ils viennent augmenter le champ si touffu de l'histoire de l'hystérie chez la femme ; et, comme tout fait clinique est bon à connaître, c'est le devoir du praticien de les signaler au passage.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas de ce genre, que je suis avec le plus grand intérêt depuis quatre ans révolus, et qu'il me paraît avantageux de relater dans tous ses détails, minutieusement et presque journellement recueillis par notre distingué confrère de Dunkerque, le docteur Monteuuis, premier et dernier médecin de cette intéressante et surprenante malade.

## Observation.

Mlle X..., née d'un père âgé et d'une mère fortement névropathe, eut une enfance assez chétive. A l'âge de 14 ans, elle eut des accidents hystériques divers (aphonie, spasme de la glotte, hypéresthésie cutanée, etc.) qui nécessitèrent pendant plusieurs mois l'isolement et l'hydrothérapie sous toutes ses formes (à Dinant).

En 1890, ces accidents avaient à peu près disparu ; les règles s'établirent au début de la quinzième année, mais six semaines

après, sous l'influence d'une émotion vive, elles cessèrent et furent supprimées pendant 14 mois consécutifs.

Le 10 mars 1892, survinrent tout à coup des douleurs intenses localisées du côté de l'ovaire droit. Morphine, sangsues, vésicatoires, rien ne put calmer cette douleur qui fut ininterrompue pendant toute une semaine, et qui ne commenca à diminuer qu'avec la réapparition des règles.

Cet écoulement ne semblait tout d'abord devoir présenter rien de particulier ; mais il persista au delà des limites ordinaires, et chose singulière à noter, il a persisté presque sans aucun jour d'interruption *pendant trois ans consécutifs*.

Au bout de quinze jours, le médecin traitant prescrivit du fer, du quinquina et de l'ergotine. Bientôt devant l'inefficacité de ces moyens ordinaires, il dut varier sa médication, et comme ces tentatives médicamenteuses durèrent plus de quinze mois sans interruption, on comprend qu'il ait eu le temps de parcourir et d'épuiser toute la gamme des hémostatiques : fer sous toutes ses formes, quinquina, digitales, ergotine, quinine, hamamelis, viburnum, etc., etc. Ces divers médicaments, dits hémostatiques et antimétrorrhagiques, étaient administrés concurremment avec le bromure de potassium et le chloral, avec les applications de glace, les vésicatoires sur le ventre, l'hydrothérapie, les injections vaginales chaudes, etc. Le traitement local, dilatation du col avec les tiges de laminaire, crayons intra-utérins de toute composition, fut également employé à plusieurs reprises.

Mais rien n'y faisait : chaque nouvelle intervention ne produisait qu'un arrêt momentané de l'hémorrhagie qui reprenait de plus belle le lendemain.

Malgré cette persistance, l'état général de la malade reste assez satisfaisant ; la figure est pâle, mais sans amaigrissement, les yeux vifs, le caractère gai, l'appétit à peu près conservé. Elle se lève quelques heures tous les jours, elle s'occupe à quelques travaux d'intérieur, tout en gardant la chambre, quelle n'a pas quittée depuis près de trois ans.

De février 1893 en août 1894, plusieurs médecins consultants furent appelés ; le curettage, le redressement de l'utérus rétroflé-

chi par des tiges rigides, la dilatation et le tamponnement intra-utérin (Vuillet) furent essayés en vain. L'ovariotomie et l'hystérectomie furent même proposées, mais refusées. La suggestion hypnotique n'eut pas plus de résultats.

L'électrisation de l'utérus, d'abord avec un rhéophore vaginal, plus tard avec un rhéophore intra-utérin (méthode galvano-cuprique de Gélineau) amenait chaque fois une diminution de l'écoulement sanguin pendant deux ou trois jours : bientôt même cette intervention se montra infidèle à son tour et l'on eut recours, pendant plusieurs mois, à la *columnisation du vagin*, afin d'obtenir quelque peu de répit.

Pendant cette longue période de près de trois ans, la famille désolée, en constatant l'insuccès permanent de toutes les tentatives, avait envisagé la possibilité d'un mariage. Cette question me fut posée au début de l'année 1894. J'étais convaincu que l'hémorrhagie tenait beaucoup plus au tempérament hystérique de la jeune malade qu'aux lésions, du reste peu marquées, de l'utérus et de ses annexes, et j'admis parfaitement que dans ces conditions le mariage pourrait bien peut-être ne pas nuire, qu'il pourrait même être avantageux, mais en avouant que je ne saurais avoir aucun élément certain de pronostic. Craignant même de voir mon indécision prise comme un encouragement, je conclus que, en présence de l'incertitude probable des avantages et de la probabilité infiniment plus grande des inconvénients, il était préférable de ne pas y songer. Cet avis fut adopté, et l'on reprit la série des tentatives toujours infructueuses.

Les choses en étaient là, et la jeune fille avait atteint ses 20 ans, pâle, affaiblie, très impressionnable, quittant à peine le lit une ou deux heures par jour, quand survint, en janvier 1895, une demande en mariage.

La jeune fille en fut très heureuse et accepta d'emblée. La mère, craignant l'avis défavorable de tout le monde, n'en dit mot à personne et acquiesça à son tour, en sorte que le médecin qui venait de procéder à une nouvelle columnisation, apprit un beau matin que sa malade était irrévocablement fiancée ?

Il était convenu que la période des fiançailles durerait 4 mois

au moins : on espérait que d'ici là cette hémorrhagie indomptable finirait bien par céder !

Mais, comme presque toujours du reste en pareils cas, les dates furent avancées, et au bout de quelques jours, le mariage fut fixé pour la fin du mois suivant, cinq semaines à peine !

Pendant cette période, le médecin pratiquait la columnisation du vagin de trois en trois jours, afin de permettre à la jeune fille de rester levée plus longtemps, d'aller et venir et de faire ainsi bonne contenance devant son fiancé, qui n'avait été mis au courant de rien. Bientôt poussée par les exigences de la situation, la malade sort, fait des courses ou des fatigues hors de proportion avec ses forces. L'hémorrhagie persistait, mais sans augmenter d'abondance, malgré ce changement de vie.

Cependant le jour de la noce arriva et la situation n'avait pas changé ! La jeune fille, dont la mère avait fait l'éducation conjugale, n'en était pas moins dans un embarras extrême et une appréhension terrible. Le soir, le médecin discrètement consulté sur la conduite à tenir, se contenta de ce simple conseil : Faites votre toilette comme si vous n'aviez rien.

Le lendemain, l'hémorrhagie avait cessé !

L'hématose fut complète et dura pendant trois mois consécutifs, au point que tous crurent à une grossesse, résultat de la première approche conjugale. Inutile de dépeindre la surprise et le contentement de tous.

Mais au quatre-vingt-douzième jour, les règles reparurent abondantes et douloureuses, donnant à l'entourage et au médecin lui-même l'illusion d'une fausse couche, sans corps de délit toutefois. Au bout de quatre jours l'hémorrhagie cessa spontanément.

Et depuis lors, c'est-à-dire depuis deux ans révolus, tout est fini. A une ménorrhagie absolument continue de trois ans succéda une aménorrhée non moins complète, qui menace de s'éterniser, sans que la santé générale paraisse en être atteinte, puisque les couleurs et l'embonpoint sont revenus, malgré la persistance du tempérament hystérique.

Depuis plus de six mois, le médecin traitant, qui auparavant

avait épuisé chez elle toute la série des hémostatiques, administre avec non moins d'insistance la gamme des emménagogues, sans que ceux-ci paraissent devoir être plus efficaces que ne l'avaient été ceux-là !

Telle est l'observation singulière que M. le docteur Monteuuis et moi recueillons presque jour par jour depuis plus de 5 ans. Comme je le faisais observer au début, un fait pareil et d'une persistance pareille ne saurait être expliqué, si l'on envisage la succession des deux phénomènes les plus opposés, la métrorrhagie d'abord, l'aménorrhée ensuite, que par une viciation générale, un véritable état constitutionnel qui est l'hystérie, et surtout l'hystérie héréditaire. Les moyens locaux ont échoué lors de la première manifestation des symptômes anormaux de cette hystérie. Le mariage seul a pu en venir à bout !

Pour combattre les phénomènes de la seconde période, l'aménorrhée, quel est le moyen d'ordre général qui pourra en venir à bout. L'avenir seul nous le dira !

(*Journal des sciences médicales de Lille.*)

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Séance du 26 juillet* 1897.

### SUR LES APPLICATIONS NOUVELLES DU COURANT ONDULATOIRE EN THÉRAPEUTIQUE ÉLECTRIQUE.

M. le Dr Apostoli.— Note présentée par M. d'Arsonval. L'appareil à courant sinusoïdal du Pr d'Arsonval permet, par un dispositif très simple, d'obtenir un courant sinusoïdal passant seulement par zéro, *sans changement de sens*. C'est là un *courant ondulatoire* d'après M. d'Arsonval. Le courant ondulatoire, entièrement inédit jusqu'à ce jour en gynécologie, a été l'objet, depuis 1896, de la part du Dr Apostoli, d'une série de recherches nouvelles dont voici l'exposé synthétique. Le courant ondulatoire justifie pleinement les découvertes physiologiques du Pr d'Arsonval, dérivées de la connaissance de la *caractéristique d'excitation*

*neuro-musculaire* et de ses rapports avec la forme de l'onde électrique. Il met très bien en relief les propriétés variables des ondes électriques dont il augmente la tolérance et surtout la puissance par les trois caractères suivants : Suppression de l'alternance ou du renversement ; conservation de la courbe sinusoïdale ; adjonction du pouvoir électrolytique avec direction polaire constante. Ainsi, avec une onde électrique non alternante ni renversée, frappant toujours dans le même sens, associant les effets variables aux effets continus et électrolytiques du courant, variant son voltage, le nombre de ses périodes et par suite son intensité même, suivant la volonté de l'opérateur, on vérifie dans les meilleures conditions les propriétés déjà formulées par le Pr d'Arsonval du courant alternatif sinusoïdal, et on étend même en l'élargissant le champ d'application thérapeutique de ce dernier. L'épreuve clinique a été, entre les mains du Dr Apostoli, pleinement confirmative de ces prémisses physiques et physiologiques, et voici les résultats thérapeutiques généraux qu'il a constatés après une expérimentation commencée en 1893 et d'après les réponses faites au total par 145 malades, dont 108 pour la gynécologie seulement. La présente note ne vise que les seules réponses obtenues en gynécologie ; l'épreuve parallèle que le Dr Apostoli a faite depuis 1896 sur *trente-sept* malades contre des troubles nerveux, douloureux ou trophiques de nature variée, soit en applications dans l'eau, soit en applications externes, en dehors du bain liquide, seront l'objet d'un prochain mémoire. Le courant ondulatoire a été appliqué au total 1.170 fois, avec la collaboration de ses assistants MM. Marquès et Laquerrière, du 1er avril au 1er juillet 1897, à 108 malades atteintes des affections gynécologiques les plus diverses, sauf les collections purulentes et les néoplasmes malins. L'application quotidienne, ou tous les deux jours, faite cinq minutes chaque fois, soit exclusivement dans le vagin (786 fois) avec une électrode protégée par la ouate, soit dans l'utérus, dans la cavité cervicale seule (384 fois), à l'aide d'une électrode nue en platine, le circuit étant toujours fermé sur le ventre par un gâteau de terre glaise, a été constamment d'une innocuité absolue. La dose moyenne, progressive, très bien tolérée (sans aucune réaction opératoire ou post-opératoire autre qu'une fatigue ou une courbature de courte durée, sans fièvre ni douleur) a varié entre 15 et 25 milliampères ; très rarement elle a atteint 50

milliampères ; la vitesse a oscillé entre 1.800 et 2.500 périodes par minute et le voltage moyen a été de 15 à 25 volts.

*Résultats anatomiques.*— Le courant ondulatoire, jusqu'ici sans action appréciable sur le volume des fibromes, aide à la résorption des exsudats péri-utérins et à la libération de leurs adhérences périphériques.

*Résultats symptomatiques.*— *Douleurs intermenstruelles.*— C'est un analgésique puissant qui, par une sorte de massage vibratoire, calme la douleur, l'atténue ou la fait disparaître le plus souvent s'il est assez longtemps continué, sauf dans les tumeurs malignes ou suppurées où, du reste, il n'a pas été appliqué. Tout puissant par son application vaginale et surtout intra-cervicale contre les douleurs abdominales, lombaires, inguinales, crurales, sciatiques ou rectales, il conserve toutefois très peu d'efficacité par cette même localisation contre les douleurs ombilicales et épigastriques.— *Dysménorrhée.* Presque constamment, elle est très favorablement influencée et ne tarde même pas à disparaître sous l'influence des applications, soit vaginales, soit intra-cervicales, assez fréquemment répétées et assez voisines de l'apparition des règles.— *Hémorrhagies.* Les applications vaginales sont peu ou pas efficaces contre les hémorrhagies utérines. Au contraire, lorsque l'électrode métallique est appliquée dans l'utérus, on obtient fréquemment un effet hémostatique ; mais à un degré qui paraît encore inférieur à l'action des galvano-caustiques positives.—*Leucorrhée.* Peu ou pas efficace contre la leucorrhée lorsqu'il est appliqué dans le vagin, ce même courant devient plus actif et présente quelquefois une réelle efficacité contre ce symptôme dans ses applications intra-cervicales. — *Aménorrhée.* L'application polaire négative du courant ondulatoire est généralement moins active et moins efficace contre l'aménorrhée que celle du courant continu. — *Constipation.* Elle a été fréquemment et très favorablement combattue, mais par les applications intra-cervicales seules.

*En résumé.* — Le courant ondulatoire, en gynécologie, d'une innocuité absolue et d'une tolérance constante, sans action appréciable sur l'évolution des néoplasmes utérins ou annexiels, paraît être jusqu'ici le médicament par excellence de la *douleur*. Moins souverain, mais fréquemment efficace quand même contre

les hémorrhagies, contre la leucorrhée et la constipation, il aide encore très favorablement à la résorption des exsudats péri-utérins et il constitue un *analgésique* et un décongestionnant de premier ordre. Ainsi, le courant ondulatoire est une acquisition précieuse pour la thérapeutique électrique et est destiné, d'après le Dr Apostoli, à prendre une place très importante à côté des autres modes électriques déjà connu.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 28 juillet 1897.*

### A PROPOS DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

D'après M. Quénu, la communication de M. Richelot vise la plus grande partie de la gynécologie ; on y compare les résultats des opérations économiques sur les annexes et ceux des opérations radicales. De plus, la seconde question à débattre est celle du mode opératoire à employer pour enlever l'utérus complètement.

Enfin la dernière question vise un point de technique et M. Quénu borne sa communication à la technique de l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes ; d'ailleurs, chaque chirurgien a sa méthode et est éclectique. Pour sa part, l'orateur accorde la préférence, en général, à l'hystérectomie par le procédé américain de Kelly. Autrefois il employait un procédé spécial : après ouverture du cul-de-sac postérieur, il incisait le cul-de-sac antérieur en se guidant sur un doigt introduit dans le vagin. Mais, à son avis, cette technique est déplorable, car le vagin n'est jamais aseptique ; on infecte donc forcément le doigt. En effet, le vagin est impossible à désinfecter d'autant plus que dans le cas de fibromes il est allongé, agrandi, partant plus difficile à nettoyer. Au résumé, le procédé de Doyen est parfait ; celui de Kelly est excellent aussi et l'important c'est de ne pas introduire le doigt dans le vagin.

M. Nélaton rappelle que M. Segond admet, pour l'hystérectomie totale abdominale, deux procédés : celui de Doyen, qui est le procédé de choix, et celui de Kelly, qui est le procédé d'exception. Il désire donc, à ce sujet, appeler l'attention sur un seul point presque tout le monde ici préconise le drainage par le vagin.

M. Doyen, lui, ferme le vagin et le péritoine. M. Nélaton associe les deux choses : il laisse le vagin ouvert et y met un drainage ; il ferme ensuite par-dessus, en bourse, le péritoine pelvien. De cette façon, les liquides peuvent s'écouler, mais le péritoine pelvien est fermé.

L'orateur a opéré 16 cas par l'hystérectomie abdominale totale et a eu 3 morts, il a employé le procédé de Doyen.

Dans le premier cas de mort il s'est agi d'une erreur de diagnostic, on pensait à un sarcome de l'ovaire, or il s'agissait en réalité d'un énorme utérus entouré d'ascite.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une femme cachectique ayant un fibrome énorme qui avait subi la dégénérescence cancéreuse. Cette femme est morte par sa septicémie gazeuse consécutive à une piqûre mal faite par la garde-malade.

En somme, dans les 3 cas de mort, pas une fois la mort n'est imputable au procédé opératoire lui-même.

Au point de vue de l'hystérectomie abdominale totale appliquée au traitement des suppurations des annexes, M. Routier croit que cette opération n'est pas nécessaire dans tous les cas. Très souvent, il suffit, après l'ablation des annexes, de faire le drainage vaginal à travers le cul-de-sac postérieur. Il fait en somme le drainage rétro-utérin, car il ne pense pas que l'infection péritonéale venue du vagin soit fréquente.

Quelquefois, au cours des laparotomies faites pour pyosalpinx, on peut être amené à faire *par nécessité* une hystérectomie abdominale totale. Mais cette hystérectomie n'est qu'une opération de nécessité, quand par exemple l'utérus est très saignant ou fortement infecté. Quand on est obligé de faire cette hystérectomie, les suites opératoires sont en général bonnes.

Au point de vue de la technique M. Routier suit un procédé spécial qui est une modification du procédé américain ; mais au lieu de faire des ligatures multiples sur l'étage inférieur, il fait une ligature élastique en masse de toute la partie inférieure du ligament large et draine par le vagin.

Les suites éloignées, après les opérations pour suppurations annexielles, sont aussi bonnes qu'on ait ou qu'on n'ait pas enlevé l'utérus.

Donc, en somme, il faut être éclectique : ne pas enlever l'uté-

rus dans tous les cas de laparotomie pour suppuration des annexes ; ne pas avoir une seule méthode opératoire.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

CINQUIÈME SESSION TENUE DU 22 AU 24 AVRIL 1897

(*Suite.*)

### SÉRO-TRANSFUSEUR A PRESSION CONSTANTE.

M. Lefour, de Bordeaux, présente un séro-transfuseur à pression constante.

---

### SUR UN CAS D'HYDRAMNIOS DU A UN SARCOME DU REIN DU FŒTUS.

MM. Brindeau et Georghiu, de Paris. La malade qui fait le sujet de notre communication est une primipare de 33 ans n'ayant aucun antécédent pathologique. Étant enceinte de 5 mois environ elle voit rapidement son ventre augmenter de volume. Bientôt surviennent des accidents de compression qui la forcent à entrer à la Maternité. L'utérus est considérablement distendu, la dyspnée est intense et le pouls fréquent. La quantité de liquide augmentant toujours et l'état général devenant grave, M. Boissard, chef de service, se décide à ponctionner les membranes. La femme accouche quelque temps après d'un enfant venant de mourir, pesant 1100 grammes. La quantité de liquide amniotique était de 7 litres, le placenta pèse 650 grammes. A l'autopsie du fœtus on trouve une tumeur du rein gauche qui est grosse comme une orange. L'examen microscopique montre que la tumeur est un sarcome. Nous pensons que l'hydramnios s'est produite dans ce cas par gêne de la circulation ombilicale. Les veines ombilicales étaient dilatées et du liquide injecté dans la veine ombilicale filtrait assez facilement à travers ses branches au niveau de la face amniotique du placenta.

---

### DEUX CAS DE MÔLE VÉSICULAIRE COMPLIQUÉS DE VOMISSEMENTS GRAVES.

M. Bué, de Lille. Dans le 1er cas, il s'agit d'une femme Vpare, qui devient enceinte vers le 15 septembre 1895. Au mois de novembre, on note des hémorragies utérines abondantes, et, de plus, des vomissements incoercibles. L'utérus, volumineux et dur, est plus développé que l'âge présumé de la grossesse.

Bientôt il se fait spontanément un avortement et il sort une môle vésiculaire non embryonnée. Tout de suite après l'expulsion de la môle, les vomissements disparaissent.

Dans le 2e cas, il s'agit encore d'une multipare qui devient enceinte, et qui, dès le début de cette nouvelle grossesse, présente des hémorragies sérieuses et des vomissements graves. L'avortement se fait et la femme expulse une môle. A la suite de cette expulsion, on dut faire un curettage à cause des hémorragies persistantes.

Voici donc deux cas dans lesquels il y a coïncidence d'une grossesse molaire et de vomissements graves. Y a-t-il entre les deux choses rapport de cause à effet ?

On a signalé déjà d'ailleurs cette coïncidence (Guéniot, Ouvry, thèse 1897). En tout cas, on sait que toute lésion grave de l'œuf peut donner des vomissements réflexes sérieux.

M. Bernheim, de Paris. J'observe actuellement une femme enceinte qui a présenté des hémorragies, et dont l'utérus me semble plus gros que l'âge présumé de la grossesse. Elle a, de plus, des vomissements.

S'agit-il, dans ce cas, d'une grossesse môlaire avec vomissements ? Je ne puis le dire encore.

M. Budin. Dans les cas de môle en effet on peut voir les phénomènes réflexes de la grossesse s'exagérer. J'ai observé un fait de môle ; il y avait une salivation extrêmement abondante. Et, chose curieuse, cette salivation persista, même après la mort du fœtus *in utero*. La présence seule des vésicules dans l'utérus faisait persister la salivation.

Peut-être l'exagération des phénomènes sympathiques de la grossesse aura-t-elle un jour une valeur diagnostique pour reconnaître les môles.

M. Charpentier. J'ai vu un cas de salivation persister non seulement après la mort du fœtus, mais même pendant plusieurs semaines après l'accouchement. Dans ce cas, il n'y avait pas de môle.

On ne peut donc dire que la salivation persistante après la mort du fœtus *in utero* soit due à l'existence d'un œuf altéré.

---

UN CAS DE PLACENTA PRÆVIA TOTAL CHEZ UNE PRIMIPARE.

M. Perret, de Paris. Mme B... a 19 ans ; elle est enceinte pour la première fois et a eu ses dernières règles du 18 au 25 septembre 1896.

Je suis appelé près d'elle le 6 mars 1897 à 11 heures du soir, elle me dit qu'il y a 8 jours elle s'est couchée bien portante et s'est endormie presque aussitôt ; vers 11 heures elles s'est réveillée en se sentant mouillée, elle appelle son mari, regarde, elle est dans une mare de sang, la quantité qu'elle en a perdu peut être évaluée à 200 grammes.

Je fais donner une injection très chaude, je lui fais mettre la tête basse et j'ordonne un grog ; le pouls est bon, la malade peu affaiblie. J'ausculte, mais je n'entends pas les battements du cœur fœtal.

Au toucher on trouve un col mou, mais complètement fermé ; la malade n'a aucune douleur, je reste près d'elle jusqu'à minuit, puis je la quitte en recommandant bien de m'appeler à la première alerte.

A 6 heures du matin, on vient me chercher.

La malade souffre beaucoup, et a eu de nouvelles pertes, mais peu abondantes ; on me dit que les douleurs ont commencé presque aussitôt après mon départ ; je donne une nouvelle injection chaude, l'hémorragie s'arrête ; l'auscultation ne donne toujours rien ; au toucher je trouve un col dilaté comme une pièce de 2 francs et le doigt tombe sur des cotylédons. Je décolle centa tout autour de l'orifice ; mais, si loin que je puisse pénétrer, je ne trouve pas les membranes ; je perce alors le placenta en face de l'orifice du col et le liquide amniotique s'écoule.

La femme ne perd presque plus et à 7 heures elle expulse un fœtus mort pesant 1100 grammes ; la délivrance se fait 40 minutes après, spontanément. Le gâteau placentaire a la forme d'un cercle mesurant environ 12 centimètres de diamètre ; l'ouverture que j'ai faite avec le doigt est à 5 centimètres du bord, c'est donc presque une insertion centrale.

UN CAS DE NÉVRITE PUERPÉRALE LOCALISÉE, SURVENUE SANS CAUSE BIEN DÉTERMINÉE CHEZ UNE MULTIPARE APRÈS UN AVORTEMENT DE 3 MOIS.

M. Stieber, de Toulouse. Il s'agit d'une femme multipare de 40 ans qui fait un avortement de 3 mois, compliqué d'une hémorragie grave. Pas d'albumine, pas de fièvre.

Brusquement s'installent des crampes, des douleurs, des fourmillements dans la jambe gauche ; et l'on note bientôt tous les signes d'une névrite, atteignant les parties antérieure et postérieure de la jambe, avec troubles moteurs sensitifs (anesthésie, réaction de dégénérescence et troubles trophiques).

M. Bué, de Lille. Ce qui est intéressant dans ce cas de névrite puerpérale, c'est qu'il y existe des troubles de la sensibilité qu'on ne rencontre pas d'ordinaire dans les névrites.

M. Budin, de Paris, présente des écouvillons résistants, en côtes de plumes, qu'on peut faire bouillir facilement sans les ramollir.

M. Budin, de Paris, présente des feuilles sur lesquelles on peut inscrire le poids des enfants pendant 52 semaines.

---

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE L'APPAREIL VASCULAIRE DE L'UTÉRUS CHEZ LES MAMMIFÈRES.

M. Keiffer, de Bruxelles. 1° Au fur et à mesure qu'on s'approche des mammifères supérieurs, on voit l'utérus devenir de plus en plus dépendant des réactions vaso-motrices.

2° Les vaisseaux sanguins se présentent sous 3 aspects différents au point de vue de leurs connexions avec l'utérus.

*a*) A parois propres et courant dans du tissu conjonctif lâche (petits mammifères) ;

*b*) A parois propres, mais ces parois sont intérieurement unies au tissu musculaire lisse de l'utérus, font corps avec lui (petits et grands mammifères) ;

*c*) Sans parois propres, sauf un simple endothélium. Les fibres musculaires utérines forment du vaisseau une gaine de fibres arciformes (grands mammifères).

3° Ces formes de structures peuvent coexister chez le même type suivant qu'on considère les vaisseaux en dehors ou pendant leur trajet dans l'organe utérin.

4° Chez la femme, le chien et le cobaye, l'appareil vasculaire

peut se diviser en deux zones ou territoires bien distincts : 1° une zone musculaire vaso-motrice ; 2° une zone muqueuse sécrétoire.

5° C'est grâce à l'activité fonctionnelle de la zone muqueuse sécrétoire et spécialement de ses capillaires artériels que se fait la menstruation.

La zone musculaire, indépendamment de sa fonction trophique, prépare et détermine par des actes vaso-dilatateurs coordonnés, l'excrétion menstruelle.

6° Chez la chienne, la diapédèse des éléments figurés du sang au cours de la mentruation se fait le long des capillaires glandulaires de l'utérus et vers la cavité de ces glandes. Il arrive que cette diapédèse se produit aussi dans le tissu conjonctif péri-glandulaire, et en des points de l'utérus dépourvus de glandes, tels que le col.

7° Il est probable que le degré des hémorragies muqueuses observé en gynécologie est déterminé par la profondeur de la lésion d'une part, et par l'état de tonicité des vaisseaux musculaires

8° La muqueuse utérine est organisée au point de vue épithélial et vasculaire, aussi bien que le rein, le foie, la peau et le poumon, pour remplir un rôle émonctoire électif sur les éléments chimiques du sang en circulation.

---

DE L'HOSPITALISATION DES FEMMES EN COUCHES INFECTEÉS.

M. Maygrier, de Paris. Nous avons fait le relevé des femmes en couches infectées soignées à l'hôpital Lariboisière depuis le 1er mars 1896 jusqu'au 1er avril 1897, c'est-à-dire dans un espace de 13 mois.

De ces femmes infectées, les unes, en petit nombre, viennent du service d'accouchements même de Lariboisière ; les autres, le plus grand nombre, viennent du dehors, de la ville ou de chez les sages-femmes.

Or, nous possédons, comme dépendance de notre Maternité à Lariboisière, un petit service d'isolement comportant 6 lits et qui, en principe, ne devrait recevoir que les malades infectées du service même. Les femmes, infectées en ville, et apportées à l'hôpital sont réparties soit dans les services généraux, médecine ou chirurgie, soit, quand il y a des lits vacants, dans le service d'isolement de la maternité.

Or nous croyons cette organisation foncièrement défectueuse. Voici pourquoi.

Dans notre service d'isolement à Lariboisière, nous avons soigné du 1er mars 1896 au 1er avril 1897, c'est-à-dire pendant 13 mois, 112 femmes ; mais sur ces 112 femmes, 25 étaient bien portantes et ne sont entrées à l'isolement que pour des maladies contagieuses de leurs enfants (ophtalmie, érysipèle de l'ombilic, etc.).

Il reste donc 86 femmes entrées et infectées. Sur ces 86 femmes, 14 sont mortes.

Mais sur 86 femmes, 28 sont venues de service de la maternité même et ont été transportées parce qu'elles avaient 38° pendant plus de 24 heures. De ces 28 femmes, 1 seule est morte de septicémie puerpérale.

58 femmes, au contraire, sont venues infectées de la ville. Sur ces 58 femmes, 10 sont mortes. Donc au total, sur 86 femmes infectées et soignées dans le service d'isolement, 11 sont mortes ; ce qui donne une mortalité de 12.27 pour 100.

Nous avons recherché, d'autre part, le nombre des femmes infectées reçues pendant ces mêmes 13 mois dans les services généraux de Lariboisière (médecine ou chirurgie) : ces femmes étant venues du dehors.

On a reçu 40 femmes. Sur ces 40 femmes, 11 sont mortes. La mortalité s'élève donc à 27.5 pour 100.

En somme, dans le service d'isolement, la mortalité a été de 12 pour 100 et dans les services généraux de 27 pour 100.

On voit donc que les femmes infectées soignées dans les services généraux meurent en double de celles soignées dans le service d'isolement de la Maternité. Mais, d'autre part, ce service d'isolement très restreint n'est fait que pour traiter les malades mêmes du service. Il y a donc là une lacune à combler dans tous nos grands hôpitaux. Il faudrait créer des services spéciaux où l'on recevrait des femmes atteintes de maladies puerpérales venues de la ville et qui créent un danger pour les autres accouchées des maternités.

M. Sebillotte. Un premier point à rechercher serait de faire diminuer le nombre des femmes infectées en ville par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance. Et pour cela il faudrait établir une surveillance rigoureuse desdites sages-femmes.

M. Budin. La communication de M. Maygrier est extrêmement

intéressante. Tout d'abord, sur les 86 femmes soignées dans son service d'isolement, 28 venues de son propre service n'ont donné qu'une mort et 58 venues du dehors ont donné 10 morts. Cela montre combien il est nécessaire de soigner au plus tôt les malades puerpérales dès qu'elles présentent la moindre élévation de température. Les desiderata formulés par M. Maygrier quant à la création de services spéciaux pour les femmes enceintes ou accouchées viennent donner un appui aux demandes que je formule depuis quelque temps déjà au Conseil de surveillance de l'assistance publique. Il est question, en effet, de la création de deux grands services d'isolement et d'hospitalisation pour les maladies puerpérales, à Paris.

Cette création est indispensable. En effet, les femmes enceintes suppurantes, par exemple, ne peuvent se faire recevoir nulle part, ni en médecine, ni en chirurgie, ni en accouchements. Quelquefois un accoucheur humain les reçoit dans son service au grand détriment des autres malades.

Il en est de même des femmes accouchées, infectées, venues de la ville : elles viennent dans les services généraux, ou dans les services d'accouchement où elles créent un danger pour les voisines. Il en est de même pour les enfants nouveau-nés malades.

Il est donc indispensable pour les malades mêmes, et surtout pour les paturientes saines, qu'on crée des services spéciaux.

M. Tarnier. Il est incontestable que la création de services spéciaux pour l'hospitalisation des femmes accouchées infectées en ville répond à un grand besoin. On continuerait de soigner dans son propre service les femmes infectées dans le service même, et qui sont toujours en petit nombre.

Mais pour les femmes enceintes, légèrement malades ou fébricitantes, on peut les recevoir sans danger dans les services d'accouchements.

Quant aux femmes enceintes atteintes d'érysipèle, de scarlatine, etc., il faudrait les envoyer dans les services de médecine.

M. Budin. Pour ce qui est des femmes enceintes, je voudrais parler seulement des femmes enceintes « suppurantes » qu'on ne peut recevoir sans danger dans les services d'accouchements, mais qu'il vaudrait mieux hospitaliser dans le service spécial dont on demande la création.

M. Charpentier, président, après un vote unanime de la Socié-

té, propose de faire remettre par M. Budin à l'assistance publique les deux vœux suivants :

1° Il serait utile de créer à Paris deux services spéciaux pour hospitaliser les femmes accouchées infectées en ville, ainsi que les enfants malades et les femmes enceintes suppurantes ;

2° Il serait urgent que le service des sages-femmes du bureau de bienfaisance fût soumis à une surveillance rigoureuse.

M. Hergott fils, de Nancy est élu 2e vice-président de la Société obstétricale de France.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET DE GYNÉCOLOGIE

*Séance du* 8 *juillet* 1897.

### TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET.

M. Maygrier. — Dans mon service de Lariboisière j'ai eu à traiter 256 cas d'avortements entre le troisième et le quatrième mois. Sur ces 256 cas, 158 fois l'avortement eut lieu spontanément et 98 fois je fus obligé d'intervenir. Dans la première série des cas il y eut deux morts : l'une par tuberculose pulmonaire et l'autre par infection. Dans les cas où l'intervention fut pratiquée (42 curettages et 56 curages digitaux) je dois signaler huit morts : deux perforations utérines, une salpingite et cinq infections. D'après mon expérience personnelle, je crois qu'on ne doit intervenir que dans les cas suivants : 1° quand il y a des accidents (hémorragie grave ou infections) ; 2° dans les cas d'avortement gémellaire ; 3° quand les femmes n'ont pas été suivies dès le début de la fausse couche ; 4° quand, au bout de trois ou quatre jours, l'avortement n'est pas terminé et que le col a tendance à se refermer.

Comment doit-on intervenir ? Deux principales méthodes sont en présence, le curage digital et le curettage instrumental. Pour pratiquer le curage digital il faut que le col soit suffisamment dilaté pour admettre le passage d'un ou de deux doigts jusqu'au fond de l'utérus. Si la dilatation n'est pas suffisante on se servira des ballons dilatateurs ou des bougies de Hegar. On décollera complètement le placenta qui, ensuite, sera retiré facilement avec le doigt. Si malgré le décollement complet l'on éprouvait des difficultés à l'extraire, on pourrait se servir du procédé de M. Budin,

qui consiste à comprimer l'utérus entre deux doigts placés dans le cul-de-sac postérieur et la main placée sur la paroi abdominale. Le placenta ainsi exprimé vient tomber dans la main de l'opérateur.

L'autre procédé, le curettage, n'est pas sans danger ; Veit, Olshausen, Martin, etc., qui sont pourtant des opérateurs de talent, ont eu à déplorer plusieurs cas de perforation utérine avec issue de l'intestin au dehors. Nous croyons donc qu'on ne doit employer la curette que dans certains cas exceptionnels. Disons, en terminant, que quand il n'y a pas d'accident on pourra avoir recours au sulfate de quinine, dernièrement préconisé par M. Schwab.

M. Budin. — Je suis absolument de l'avis de M. Maygrier et je crois qu'à propos de cette discussion on doit avoir en vue deux questions : 1° quand doit-on intervenir ? et 2° comment intervenir ? Pour la première question, je suis d'avis d'attendre les accidents pour opérer. Pour la seconde, je rejette l'emploi des pinces et de la curette, qui sont des instruments aveugles. J'ai toujours recours au curage digital suivi de l'écouvillonnage, mais je soumets toujours mes malades au chloroforme avant de pratiquer l'opération. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que j'emploie la curette, quand le placenta est particulièrement adhérent et encore je me sers toujours du doigt comme conducteur. En suivant cette méthode, sur 230 cas d'avortements que j'ai eu à soigner depuis 1895, je n'ai eu que 3 décès à observer. L'une de ces femmes a été amenée exsangue dans le service ; la seconde a été amenée mourante d'infection, et la troisième était atteinte d'ictère grave qui a été la cause de l'avortement. Je crois donc qu'il ne faut pas se servir de pinces ou de curettes, instruments dangereux, puisqu'avec le doigt on peut toujours nettoyer complètement l'utérus.

M. Doléris. — Il y a certainement désaccord entre MM. Maygrier, Budin et moi. Je suis d'avis qu'il faut intervenir immédiatement dans les cas d'*avortements ratés*. J'appelle ainsi les cas dans lesquels le travail s'arrête avant l'expulsion totale de l'œuf. Les statistiques que nous venons d'entendre contiennent des cas mortels qui ne sont pas dus au traitement employé par mes collègues, mais justement à l'expectation qui avait précédé l'entrée de ces malades à l'hôpital. Quant à la curette, j'avoue ne pas com-

prendre comment certains chirurgiens habiles ont pu déchirer l'utérus ; il y a certainement une cause qui m'échappe. Je dirai, en terminant, que le curettage instrumental n'exige pas le chloroforme, ce qui permet aux malades d'accepter plus facilement l'opération.

---

### MÉTRORRAGIE DE LA MÉNOPAUSE.

M. Pichevin. — Je crois que les métrorragies de la ménopause sont souvent dues à des lésions utérines. Je viens d'en observer un cas. Cette femme, âgée de cinquante ans, fut prise de métrorragies très abondantes deux mois après sa ménopause. Je pratiquai l'exploration utérine et je trouvai le fond de l'organe rempli par des végétations. La curette permit de les extraire et le microscope me montra que ces végétations avaient été produites par une endométrite glandulaire.

---

### A PROPOS DE LA MOLE HYDATIFORME.

M. Durante. — J'ai eu l'occasion d'examiner deux cas de môles hydatiformes provenant du service de M. Porak. Ces tumeurs s'écartaient un peu du type normal. Dans le premier cas la couche de cellules qui revêt les villosités était très mince ; l'intérieur des villosités était rempli de tissu fibreux fasciculé au lieu de contenir du tissu muqueux. La tumeur était donc en voie de transformation scléreuse. La caduque contenait également des nodules de cellules syncytiales qui avaient tendance à envahir les vaisseaux. La seconde tumeur, grosse comme une mandarine, était formée de villosités à traîne normale. Les cellules de revêtement étaient seules en voie de prolifération. L'épaississement cellulaire provenait du syncytium seul. On sait que les auteurs discutent actuellement pour savoir quelle est l'origine du syncytium. Pour Mathias-Duval, ces cellules proviendraient de l'ectoderme fœtale. On pourrait comprendre ces cas de môle hydatiforme comme des tumeurs épithéliales bénignes analogues à l'adénome du sang et à l'hyperplasie nodulaire du foie.

---

## SOCIÉTÉ DE MEDECINE DU NORD

### DE L'ÉTIOLOGIE DE L'HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE.

M. Colle présente une observation qui témoigne une fois de plus des rapports de causalité qui existent souvent entre la grossesse extra-utérine et l'hématocèle pelvienne. Une femme de quarante ans, au cours d'une bonne santé habituelle, sans passé génital notable, est prise brusquement, le 18 juin 1897, d'une douleur extrêmement vive dans le bas-ventre, de vomissements et d'état syncopal. Le médecin qui l'examine constate une tumeur rétro-utérine fluctuante et prescrit les injections chaudes et le traitement médical. Après quelques jours d'amélioration apparente, une nouvelle crise, survient plus douloureuse ; la tumeur pelvienne augmente de volume et la température atteint 38°. Les accidents cèdent bientôt, mais se renouvellent à intervalles réguliers jusqu'au 13 juillet où ils revêtent une intensité inquiétante. Le diagnostic d'hématocèle avait été porté par le médecin traitant. M. Colle le confirme après avoir constaté dans le bassin une masse fluctuante, immobile, adhérente à la muqueuse vaginale dans le cul-de-sac postérieur, et remontant à gauche jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de la ligne ombilicale. L'incision du cul-de-sac postérieur permit d'évacuer une quantité considérable de caillots sanguins (400 grammes environ).

Au fond de la poche existe une masse globuleuse rénitente qui éclate sous le doigt et chasse brusquement un petit fœtus long de 4 centimètres environ. La résistance et la solidité manifestes des parois de l'hématocèle permettent de compléter l'opération par l'énucléation et la traction au dehors de la trompe gauche dans le segment externe de laquelle s'était développé le kyste fœtal. Une ligature, placée à la base de cette trompe, coupa les tissus permettant à son segment utérin de remonter en un point inaccessible. Chose remarquable, aucune hémorragie n'en fut la conséquence. Drainage à la gaze iodoformée de la poche. Tamponnement vaginal. Suites très simples.

M. Colle insiste sur l'intérêt de cette observation type. Dans la plupart des cas d'hématocèles, alors même que celles-ci résultent de la rupture de grossesses extra-utérines, il est difficile de retrouver les traces du kyste fœtal. Le plus souvent, le microscope seul permet de reconnaître la véritable nature de ses débris.

Il est très rare aussi de pouvoir pratiquer l'extraction de la poche tubaire, et la netteté des observations en souffre au point de vue de la pathogénie des accidents.

Dans le cas actuel, les pièces présentées, constituées par l'ovaire et la trompe, montrent à l'évidence la dilatation du segment externe de celle-ci par le développement de l'œuf et sa rupture, origine de l'hémorragie.

---

### CALCUL VÉSICAL CHEZ UNE PETITE FILLE

M. Colle présente encore à la Société une épingle à cheveux qu'il a trouvée dans la vessie d'une petite fille de cinq ans. Le diagnostic justifié par tous les symptômes et porté par M. Ladrière qui soignait l'enfant, était celui de calcul vésical. L'exploration directe, pratiquée sous le chloroforme après dilatation de l'urèthre, permet de sentir un corps allongé, dur, à timbre métallique, immobile, comme enchâssé dans la vessie. Après quelques manœuvres destinées à refouler la muqueuse et à désenclaver le corps étranger soupçonné, celui-ci fut saisi à son extrémité et amené au dehors non sans quelques difficultés.

Celles-ci résultaient de la forme parodoxale prise dans la vessie par l'épingle à cheveux. Une de ses branches était restée droite, mais l'autre s'était complètement incurvée au point de revenir parallèlement à elle-même après avoir formé une anse à petite courbure, si bien que l'extrémité de cette seconde branche venait presque au contact de l'anse normale de l'épingle à cheveux par laquelle celle-ci avait été prise dans la pince. Il en résulta nécessairement quelques éraflures de la muqueuse urétrale, mais sans conséquences sérieuses. Une sonde à demeure fut laissée vingt-quatre heures. Les suites demeurèrent très simples.

Un point intéressant à élucider serait le mécanisme des déformations de l'épingle. M. Colle suppose que l'une des branches pénétra dans la muqueuse vésicale, s'y fixa et s'incurva ultérieurement sous l'influence des contractions excessives de l'organe, provoquées par la présence même du corps étranger dans sa cavité.

Dr Lambert, de Lille.

---

## SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX

*Séance du 27 juillet* 1897.

Présidence de M. Négrié.

### KYSTE HYDATIQUE DE LA PAROI ABDOMINALE.

M. Chavannaz présente l'observation d'une jeune femme de vingt-six ans qui, réglée à douze ans, avait, trois ans avant son entrée à l'hôpital, mené à terme une grossesse sans accidents. Elle avait cependant, au cours de sa grossesse, reçu deux traumatismes au niveau de la fosse iliaque gauche. Elle était entrée dans le service de M. le professeur Picot pour un rétrécissement avec insuffisance mitrale. C'est alors qu'on trouva une petite tumeur au niveau de la fosse iliaque gauche, jouissant d'une mobilité relative, paraissant fixée à l'os coxal et reliée à l'ombilic par un cordon assez profondément situé.

Au toucher, on trouve le col éversé, mais la tumeur est indépendante de l'utérus ; elle est douloureuse à la pression et n'est pas améliorée par la révulsion.

En mai 1896, M. Demons pratique la laparotomie. Après l'incision, on trouve l'utérus gros, une trompe grosse. Salpingectomie accompagnée de l'excision de la corne utérine correspondante ; le tout est rempli de pus. Par une incision latérale, on tombe sur la tumeur qui, incisée, laisse écouler un liquide clair. C'était un kyste hydatique développé dans la paroi au niveau du transverse. Ablation. Suture à trois étages.

Malheureusement, la plaie fut infectée par le voisinage d'une malade atteinte de pourriture d'hôpital ; néanmoins, grâce à des badigeonnages au chlorure de zinc, la guérison fut complète.

Ces kystes hydatiques des muscles sont bien connus, mais ils ont rarement été signalés dans les muscles de la paroi abdominale. C'est à cause de ce siège particulier, en même temps qu'à cause de l'influence du traumatisme sur son évolution que j'ai voulu vous communiquer cette observation.

---

TUBERCULOSE VÉGÉTANTE DU COL DE L'UTÉRUS. — PRÉSENTATION DE PIÈCES (1).

M. J. Vitrac. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-sept ans, entrée au printemps dernier dans le service de M. Lannelongue, atteinte de douleurs hypogastriques et de pertes séro-sanguinolentes. Son père était mort tuberculeux. Un de ses frères avait des hémoptysies. Elle-même avait eu à plusieurs reprises des affections pulmonaires.

A sept ans, elle subit un traumatisme intéressant la vulve et le vagin. L'hémorragie consécutive fut arrêtée par le tamponnement.

A douze ans, elle souffrait de troubles de la miction qui cessèrent à quatorze ans, époque où la malade souffrit du bas-ventre, en même temps qu'elle avait des pertes jaunâtres, fétides, jusqu'à maintenant. En Algérie, elle eut une hémiplégie droite, accompagnée d'œdème des membres de ce côté.

Elle n'a été réglée que trois fois, de dix-huit ans et demi à vingt-sept ans ; elle a des signes non douteux d'hystérie.

Son utérus est petit ; on sent dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction mollasse, fluctuante ; au niveau de la lèvre postérieure du col, se trouve une masse bourgeonnante, veloutée, ne saignant pas au contact, ne reposant pas sur une partie indurée.

Notons aussi qu'elle avait depuis plusieurs années des rapports sexuels avec un homme absolument bien portant.

Malgré les signes non douteux de tuberculose vésicale, rénale et pulmonaire au second degré, les lésions utérines étant prédominantes, on décide une intervention.

L'hystérectomie vaginale est faite le 11 février 1897 par M. Lannelongue ; aucune difficulté opératoire. Le péritoine pelvien est sain. Aucune adhérence.

On enleva l'utérus que voici ; absolument infantile, il n'est développé qu'aux dépens du seul segment cervical ; on trouve également un kyste papillaire de l'ovaire gauche. Ce kyste contient un liquide citrin ; mais l'examen microscopique y a décelé des globules de pus ; pas de bacilles.

Les coupes montrent à l'examen microscopique qu'il s'agit bien de tuberculose ; au niveau du col, les lésions sont le plus

(1) Travail de la Clinique de M. le professeur Lannelongue.

avancées. Follicules tuberculeux avec cellules géantes, périartérite et déformation des glandes, augmentées de volume et remplies de muco-pus ; tels sont les caractères du processus tuberculeux qui est limité au derme de la muqueuse et à la couche glandulaire.

Le plus souvent, le point de départ des tuberculoses génitales est dans la trompe ou l'ovaire, ou même dans le derme de la muqueuse utérine au niveau du corps et non du col. Une localisation à la partie vaginale du col est absolument exeptionnelle, ainsi que la forme végétante. Les métrites tuberculeuses sont plus souvent accompagnées d'ulcérations. Et, dans ce cas, on retrouve absolument les caractères des grosses fongosités tuberculeuses : tissu de granulation au-dessous duquel se trouve la couche où résident les follicules caractéristiques et les bacilles (une des coupes en contenait un). Macroscopiquement et cliniquement, il s'agissait dans notre cas d'un papillome tuberculeux, terme qu'on pourrait opposer aux formes habituellement ulcéreuses de la tuberculose utérine.

J'ai revu récemment cette malade dans le service de M. Arnozan où elle se trouve actuellement. Elle a une récidive sur la cicatrice vaginale. Un fragment que nous avons enlevé, inoculé à un cobaye, a rendu cet animal tuberculeux. On y retrouve des cellules géantes.

---

### FIBROME MALIN OU FIBRO-SARCOME DE L'UTÉRUS. PRÉSENTATION DE PIÈCES (1).

M. J. Vitrac. On rencontre dans l'utérus deux sortes de fibromes : les uns, développés aux dépens de la muqueuse (dans l'épiderme) appartiennent au type encéphaloïde ; les autres, dits « interstitiels et circonscrits », appartiennent au type fasciculé. Cette classification ne répond pas à tous les cas ; voici, en effet, un exemple de sarcome fasciculé et diffus, non circonscrit.

Les pièces que je présente proviennent d'une tumeur énorme, pesant 8 k. 850, qui fut enlevée en avril 1897 par M. Lannelongue chez une fille de trente-quatre ans, qui n'avait été inquiétée que par l'augmentation de volume de son ventre et n'avait eu ni ménorrhagies ni métrorragies. La tumeur remplissait tout le petit bassin, poussant un prolongement de chaque côté du rectum, et

(1) Travail de la Clinique de M. le professeur Lannelongue.

avait envahi, en outre, la plus grande partie de l'abdomen ; elle poussait des prolongements fort loin et paraissait, après ablation de sa capsule, partout formée de villosités, de fibrilles, avec des espèces de pendiloques.

Dans son intérieur, on trouvait des cavités, quelques-unes simples lacunes, d'autres véritables kystes dont la surface était également villeuse. Le liquide des cavités était jaune citrin. Le tissu pathologique envahit tout le corps de l'utérus, et les végétations obturaient le col à trois centimètres de son orifice.

Les coupes que je présente ont été pratiquées en des points divers de la tumeur ; elles montrent, au niveau des villosités, un peu de tissu fibreux et une grande abondance de tissu embryonnaire. Le tissu musculaire est absent dans la masse de la tumeur; dans le col resté sain, on voit une sclérose péri-fasciculaire et péri-fibrillaire qui envahit la couche musculaire. Mais, dans toutes ces coupes, je n'ai trouvé aucune modification de l'endothélium vasculaire.

La transformation sarcomateuse s'est-elle faite au niveau du périthélium vasculaire ou des cellules conjonctives d'un fibrome déjà existant ?

S'agit-il chez cette femme d'un sarcome coexistant avec un fibrome ou de la transformation du fibrome en sarcome, ou encore d'un de ces fibromes en voie de prolifération rapide, dits fibromes malins ? Il nous paraîtrait qu'on puisse conclure plutôt en faveur d'un processus double d'accroissement : évolution d'un sarcome encore très limité en de petits flots et d'un fibrome malin.

---

### DEUX OBSERVATIONS D'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE PENDANT LA GROSSESSE.

M. Bégouin rapporte deux nouvelles observations qui tendent, comme celle qu'il a présentée antérieurement à la Société, à prouver que le rhumatisme puerpéral de Lorain n'est que du rhumatisme blennorrhagique ; l'examen de toutes les anciennes observations publiées, la bactériologie des cas récents s'accordent pour le confirmer dans cette opinion.

Ce rhumatisme a presque toujours la forme d'une arthrite aiguë mono-articulaire, tenace, rebelle au traitement, se terminant fréquemment par ankylose ; l'examen bactériologique com-

paré du liquide articulaire et des sécrétions génito-urinaires donne toute certitude sur sa nature.

Toutefois, la puerpéralité pas plus que l'allaitement et l'accouchement ne paraissent avoir d'influence sur son développement. Sa marche ou son pronostic, pas plus que le rhumatisme gonococcique, ne modifie l'évolution de la grossesse.

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

*Procès-verbal officiel de la séance du 23 juillet 1897.*

### NOTE SUR L'EXTRACTION DE LA TÊTE FŒTALE APRÈS DÉCOLLATION.

M. Audebert. On éprouve quelquefois de sérieuses difficultés pour extraire la tête fœtale retenue dans l'utérus après la décollation. Divers moyens ont été proposés dans ce but.

Le plus simple consiste à introduire l'index dans la cavité utérine et à aller à la recherche de la bouche ; cet orifice trouvé, on accroche avec le doigt recourbé le maxillaire inférieur, et on exerce sur cette arcade des tractions suffisantes pour amener à la vulve l'ovoïde céphalique.

Une application de forceps, une basiotripsie permettent aussi d'arriver aisément au même résultat.

Notre collègue et ami M. Chambrelent a imaginé d'appliquer sur la tête, retenue seule dans l'utérus, le crochet d'*André* usité en médecine vétérinaire.

Secheyron, au Congrès de Bordeaux (1895), dans une intéressante étude à ce sujet, déclare que les difficultés de l'extraction viennent de trois causes :

1° La tête est mobile, « vague » ;

2° Le col est fortement contracturé ;

3° La tête est défléchie au-dessus du détroit supérieur rétréci.

Pour surmonter ces trois obstacles, il préconise le procédé dit *des pinces*. Le voici en deux mots : On doit se munir de pinces hémostatiques de seize centimètres de longueur. Il faut d'abord fixer la tête à l'aide d'une pince. Quand la tête est immobilisée, rien n'est plus facile que d'en placer une seconde, puis une troisième, autant enfin qu'il est nécessaire pour qu'elles ne dérapent pas. Ceci fait, on tire doucement, lentement, de façon à opérer une dilatation puissante, soutenue, régulière.

Dans un cas, j'ai pu combiner avec succès deux procédés différents. Il s'agissait d'une primipare enceinte de six mois, qui, après un bain très chaud, fut prise de douleurs dans le ventre et dans les reins. Malgré des lavements laudanisés, les contractions persistèrent, et deux jours après le liquide amniotique s'écoula spontanément, entraînant en dehors de la vulve un membre inférieur et une anse de cordon. Un médecin, après des tractions énergiques sur ce membre, amena à l'extérieur le tronc du fœtus, mais la tête resta incarcérée dans l'utérus, et ses efforts violents furent la cause d'une décollation involontaire. Le soir, on apporta cette femme à la Clinique obstétricale. Température, 38°4 ; odeur fétide.

La main ne put pénétrer à travers le col fortement rétracté ; il y avait cependant nécessité absolue d'évacuer sans retard la cavité utérine ; la tête, mobile et fuyant sous le doigt, était très difficile à saisir. Après plusieurs tentatives infructueuses, je réussis à placer d'abord une pince à pansements utérins sur un lambeau de peau flottant, puis une seconde sur les masses molles du cou ; j'eus ainsi une prise solide sur la tête, et il me fut ensuite facile de la saisir entre les deux branches d'une pince à faux germe maniée comme un forceps. L'extraction ne présenta aucune difficulté. Un curettage termina l'opération. La malade guérit parfaitement.

Je crois ce procédé applicable à tous les cas où la rétention de la tête fœtale n'est pas due à une viciation pelvienne. Il a l'avantage de supprimer le principal obstacle à l'extraction de la tête, c'est-à-dire la mobilité. D'ailleurs, M. Tarnier, au Congrès de Bordeaux, avait déjà recommandé de se servir du forceps après fixation de la tête avec une pince. Je n'ai fait dans ce cas que mettre en pratique le conseil de ce maître autorisé. Mais, à son exemple, je proposerai d'avoir recours à des pinces un peu plus longues que celles de Secheyron, qui, on se le rappelle, ne mesurent que seize centimètres ; il me semble que la pince usitée d'ordinaire en gynécologie pour les pansements de l'utérus (vingt-cinq centimètres environ) est plus maniable et permettra d'arriver plus facilement sur l'ovoïde céphalique qu'il faut extraire.

M. Davezac. Notre collègue nous dit qu'après avoir fait l'extraction de la tête, il a procédé au curettage de l'utérus. Ce curettage est indiqué s'il reste des débris dans la cavité utérine ;

dans le cas contraire, un écouvillonnage ou même un tamponnement utérin à la gaze iodoformée me paraissent suffisants.

M. Audebert. Dans le cas que j'ai cité, le curettage s'imposait, car l'extraction n'avait porté que sur la tête et le placenta n'avait pas été expulsé. Avant de procéder au curettage, j'ai enlevé le placenta par morcellement avec le doigt, et j'ai ensuite pratiqué l'opération que l'état de la malade indiquait nettement.

Après le curettage, du reste, l'évolution utérine est beaucoup plus rapide, et c'est là un résultat qui me paraît avoir une importance notable dans certaines situations sociales où la malade n'a pas le temps de rester alitée.

---

# REVUE DE LA PRESSE

## FIBROME UTÉRIN AYANT DONNÉ LIEU A DES SYMPTÔMES DE GROSSESSE.

M. Texier.— J'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie un fibrome utérin enlevé par M. le Dr Courtin sur une malade du service de M. le professeur Boursier, qu'il suppléait. J'ai voulu montrer cette pièce, non point à cause de ses caractères anatomiques, qui n'ont rien de particulier, mais pour signaler l'existence de symptômes assez curieux qui ont accompagné son début et son développement.

Cette tumeur s'est accompagnée, en effet, de plusieurs symptômes de grossesse et la malade est entrée le 18 juin 1896 dans le service de M. le professeur Boursier, disant qu'elle était enceinte de huit mois. Voici son histoire : elle est âgée de trente-six ans ; à vingt-deux ans elle a eu un enfant. Son affection remonte à huit mois. A cette époque, elle a ressenti plusieurs phénomènes lui rappelant sa grossesse antérieure ; c'étaient des troubles digestifs divers : appétit bizarre et irrégulier, digestions pénibles, vomissements avec tendance marquée à la syncope, en même temps que les seins douloureux augmentaient de volume. Pendant tout ce temps, les règles persistèrent, revenant même deux fois par mois : un médecin, appelé auprès de cette malade, crut à une grossesse au début. Deux mois après le début de ces accidents, la malade, qui s'était penchée en avant pour ramasser un objet à terre, ressentit une sensation de déchirement dans le bas-ventre, ne put se redresser et dut être rapportée dans son lit. Le même médecin, qui avait déjà soigné la malade,

dit que l'œuf s'était déplacé et prescrivit du repos au lit, des cataplasmes et quelques potions. Un mieux se produisit rapidement. Entre le quatrième et le cinquième mois de cette prétendue grossesse, la malade commença à ressentir quelque chose qui lui rappelait très exactement les mouvements actifs du fœtus lors de sa première grossesse ; elle sentait les petits pieds venant frapper les parois utérines, et cela à des endroits variables, et le fœtus se déplaçait suivant qu'elle se couchait à droite ou à gauche. Le sein gauche, le seul qui ait allaité la première grossesse, a augmenté de volume progressivement et on put en faire sortir quelques gouttes de lait. Le ventre a augmenté constamment de volume. Les règles cependant sont restées normales, et même pendant les trois premiers mois, elles revenaient deux fois par mois.

L'examen, pratiqué alors sans permettre de porter un diagnostic ferme, autorisa cependant à écarter celui de grossesse de huit mois qu'avait porté la malade. Le ventre était un peu globuleux ; ses parois très épaisses et, à la palpation, on sentait derrière elle une tuméfaction assez difficile à délimiter nettement sur les côtés et remontant jusqu'à l'ombilic. Au toucher, on trouvait le corps utérin couché le long de la paroi antérieure du vagin, surmonté par par une tumeur dure, immobile, irrégulière, emplissant les culs-de-sac vaginaux. La pression était douloureuse sur les parties latérales ; ces signes permettaient d'éliminer le diagnostic de grossesse ; on pensa à un fibrome, ce qui se vérifia peu à peu ; par le repos imposé à la malade, troubles digestifs, battements, mouvements du fœtus, douleurs disparurent ; la tumeur fut plus facile à palper ; l'hystérométrie put être pratiquée sous le chloroforme et donna douze centimètres. Il n'y avait plus dès lors à douter, il s'agissait là d'un fibrome utérin qui fut enlevé le 8 septembre par M. le Dr Courtin. Pendant le long séjour fait par la malade à l'hôpital avant l'hystérectomie abdominale, elle sortit deux fois ; la première fois pendant quelques heures, la seconde pendant deux ou trois jours ; et après chaque sortie, les troubles douloureux, les battements et les mouvements, la galactorrhée, qui avaient disparu complètement, reparurent immédiatement sous l'influence de la marche et de la fatigue, pour disparaître de nouveau après un peu de repos. Depuis l'ablation de la tumeur, ces troubles ont disparu, bien que la malade se lève et marche beaucoup. (D'après le *J. de médec. de Bordeaux.*)

---

BACTÉRIOLOGIE DES AFFECTIONS DES ANNEXES.

Récemment *Kiefer* a examiné les trois points suivants :

1. Quelle est l'utilité pratique des recherches microscopiques et des cultures ?

2. Est-il bon de rechercher les microbes spécifiques ?

3. Quel est leur degré de virulence ?

L'auteur a examiné 40 cas de pyosalpingite et d'abcès ovariens. Voici les résultats fournis par l'examen du pus :

| *Recherches microscopiques.* | *Cultures.* |
|---|---|
| Présence de germes dans 62 1/2 % des cas. | Existence des germes dans 40 % des cas. |
| *Germes observés.* | *Cultures obtenues.* |
| 32 1/2 % de gonocoques. | 22 1/2 % de gonocoques. |
| 22 1/2 % de bacterium coli. | 10 % de bacterium coli. |
| 7 1/2 % de streptocoques. | 2 1/2 % de streptocoques. |
| 5 % de staphylocoques. | 5 % de staphylocoques. |

Dans cette série il n'y a pas de cas de tuberculose.

Le microscope montre bien les germes, mais ne peut pas nous renseigner sur leur virulence.

Les gonocoques sont particulièrement abondants et fréquents dans les maladies des annexes.

Les streptocoques et les staphylocoques sont en somme rares dans ces cas et perdent aussi rapidement leur virulence que les autres bactéries ou microbes.

Sans aucun doute, dans ces sortes d'abcès les germes perdent leur virulence à la suite de la production énorme des toxines spéciques. (*Centralbl. f. Gyn.*, n° 42, page 1071, et *Journal d'Accouchements.*)

---

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES PRIMIPARES,

Par M. J. Jube.

Les recherches de M. Dubé portent sur une statistique ininterrompue de 13 années et 5 mois pendant lesquels il s'est effectué 16.835 accouchements de toutes sortes. Il conclut très nettement que le pronostic ne doit pas être plus sombre chez les primipares âgées que chez les primipares jeunes et confirme ainsi l'opinion déjà exprimée sur ce sujet par Mme Lachapelle en 1821. Mais, pour arriver à ces conclusions, il est nécessaire de n'envisager que les primipares âgées

chez lesquelles pendant le cours et à la fin de la grossesse on aura dépisté à l'avance et paré aux complications qu'on rencontre plus fréquemment à cette période de l'existence (bassin vicié, fibromes, insertions vicieuses, hémorragies) ; en un mot, de ne comparer aux primipares jeunes que des primipares âgées rentrant dans les conditions normales et physiologiques. L'âge seul, en vertu d'une influence très problématique et attribuée à certains auteurs à la coriacité, à la résistance, au défaut d'élasticité des parties molles et dures, ne peut à lui seul assombrir le pronostic. Toutes choses égales d'ailleurs, les primipares se valent ou à bien peu près.

Pour arriver à ces conclusions, M. Dubé a passé en revue plusieurs côtés de cette question si souvent discutée par les accoucheurs, et il est intéressant de signaler les particularités relatives à la grossesse et à l'accouchement des primipares suivant leur âge.

L'apparition tardive de la menstruation paraît être une des causes du retard apporté à une première grossesse, de même que la précocité de la menstruation est une des causes de la primarité précose. Les bassins viciés et les déformations qui semblent augmenter l'âge des primipares constituent une autre cause de l'apparition tardive de la première grossesse. Relativement aux grossesses gémellaires, ce sont les primipares âgées (après 30 ans) qui arrivent en tête, puis viennent les primipares d'âge moyen (de 20 à 30 ans) et enfin les primipares jeunes (au-dessous de 20 ans). Quant aux complications de la grossesse (œdème, albuminurie, éclampsie), elles augmentent avec l'âge ; presque identiques pour les primipares âgées et moyennes, la proportion baisse de plus de la moitié pour les primipares jeunes ; il en est de même pour les hémorragies, l'insertion du placenta sur le segment inférieur, l'hydramnios, les fibromes de l'utérus qui n'existent du reste dans les statistiques de M. Dubé que chez les primipares âgées : ce sont encore ces derniers qui fournissent le plus de grossesses interrompues. De sorte que le pronostic de la grossesse peut être considéré comme légèrement assombri pour les primipares âgées prises en bloc, par la proportion un peu plus forte chez elle de complications.

Contrairement à l'opinion des auteurs, M. Dubé trouve que la durée totale du travail est sensiblement la même chez toutes les primipares ; peut-être la période d'expulsion est-elle de quelques minutes plus longue chez les primipares âgées. La délivrance paraît être au contraire plus souvent retardée, plus souvent artificielle et compliquée d'hémorrhagies chez les primipares âgées. Chez elles aussi

les interventions semblent être plus fréquentes ; le plus grand nombre de bassins viciés et la hâte le plus souvent non justifiée avec laquelle les accoucheurs appliquaient jusqu'à présent le forceps chez les primipares âgées sont peut-être les causes de cette fréquence plus grande des interventions. Les ruptures prématurées augmentent avec l'âge des primipares ; les déchirures du périnée ne seraient peut-être pas plus fréquentes chez les primipares âgées si on était plus sobre chez elles du forceps. Si on ajoute que les hémorrhagies du travail sont plus à craindre chez les primipares âgées, on pourra conclure que la somme totale des complications du travail comme celle de la grossesse augmente avec l'âge des primipares.

Au contraire, les complications des suites de couches seraient plus fréquentes chez les primipares jeunes.

Les présentations du siège et du plan latéral sont plus fréquentes chez les primipares âgées ; chez elles aussi la mortalité des enfants est plus grande, mais celle-ci semble reconnaître pour causes les bassins viciés nécessitant le forceps et l'albuminurie plutôt que l'âge de la mère. (*Médecine Moderne.*)

---

### TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ CHEZ LA FEMME,

Par Henry Levy (de Berlin).

On n'a jusqu'ici trouvé aucun moyen sûr pour combattre avec succès la stérilité chez la femme. L'auteur n'a pas l'intention de recommander, à son tour, un procédé manquant de base étiologique. Il se borne à relater un cas dont l'histoire lui paraît fort instructive.

Agnès P., ouvrière, 27 ans, est venue le consulter au mois d'avril 1895 ; mariée depuis trois ans, elle n'avait eu aucun enfant. L'examen a permis de constater, chez cette femme, une constitution normale.

Chez le mari aussi, on a établi que les spermatozoïdes étaient parfaitement viables. Toutefois, l'auteur a continué à observer la femme. Comme elle avait une légère antéflexion de l'utérus, il lui posa un pessaire qu'elle porta pendant six mois. D'abord il n'eut aucun résultat, mais au mois de juin de l'année courante elle devint enceinte.

L'auteur fait remarquer, à propos de ce cas, qu'en général les femmes qui consultent un médecin pour cause de stérilité, se trouvent dans un état de dépression morale. Le cas présent démontre le rôle important que joue, dans ces circonstances, l'élément psychique. Le

pessaire qui a été posé n'a nullement changé la conformation de l'appareil génital. La malade attribua à ce moyen le succès du traitement.

Mais les médecins ne doivent pas se laisser guider par des coïncidences. Il faut, dans le traitement psychique, suivre le principe du *nil nocere.* (*Zeitschrift für Aerzte*, 15 août 1896.)

---

DE LA MORT SUBITE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES ACCOUCHÉES.

Une femme multipare, âgée de vingt-neuf ans, avait été prise de frisson et de fièvre au moment d'accoucher. On se hâta d'intervenir pour activer l'accouchement. Le troisième jour, elle présenta de l'ictère; le neuvième et le dixième, il y eut des hémorragies utérines tardives de cause inexpliquée ; enfin, le onzième jour, elle mourut subitement sans que cette fin rapide fût annoncée par de nouveaux symptômes.

M. P. Zweifel, qui rapporte cette observation, crut que la mort était due à une embolie pulmonaire. Mais, à l'autopsie, on ne trouva, ni dans les poumons, ni dans le cœur, de lésion pouvant expliquer cette mort subite. Par contre, les reins étaient le siège d'une néphrite subaiguë et M. Zweifel croit pouvoir attribuer les accidents à de l'urémie subaiguë.

Bien qu'il n'en ait trouvé aucun autre exemple dans la littérature médicale, il pense qu'il faut ranger cette étiologie dans celles qui peuvent amener la mort subite des femmes enceintes ou récemment accouchées. Il a déjà, dans ces circonstances, observé des cas de mort par embolie de l'artère pulmonaire, lésions cardiaques, tumeur du cerveau et du bulbe, rétrécissement des deux artères coronaires par artério-sclérose. (*Centralbl. f. Gynæk.*, 1897, n° 1, et *Bull. méd.*)

---

ÉTIOLOGIE DU REIN FLOTTANT.

Tout le monde est d'accord pour dire que le rein flottant est bien plus fréquent dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Les grossesses expliquent en partie cette différence, mais ce n'est pas la seule cause de cette prédominance.

Ainsi, M. Rosenthal, ayant examiné 51 jeunes filles, a pu 26 fois sentir l'extrémité inférieure des reins (jusqu'aux 2/3) ; sur 32 garçons examinés de la même façon, la même constatation n'a pu être faite que 3 fois. Chez deux des jeunes filles, le rein était absolument mobile. Cela montre bien combien le sexe féminin est prédisposé plus que l'autre à l'ectopie rénale. (*Ther. Monatshefte*, 1896, n° 12, et *Bul. Méd.*)

---

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**98 — L'airol appliqué au traitement des métrites.** — (Cassan (C.). *Thèse Paris*, 1897.) — Moins toxique que l'iodoforme, l'airol est en même temps plus antiseptique, car ce n'est pas tant par la quantité d'iode contenu dans chacun de ses composés, que par la facilité avec laquelle chacun d'eux abandonne une partie de son iode, que se mesure son pouvoir bactéricide.

Le bismuth, qui entre dans la composition du dermatol iodé, a des propriétés non moins précieuses, comme siccatif et absorbant. Enfin, l'acide gallique qu'il contient a des effets analogues à ceux du tannin ; il est astringent, désinfectant, cicatrisant.

C'est sur cette tripleaction que repose toute la valeur thérapeutique de l'airol. Ce médicament n'est pas caustique, ou du moins sa causticité est si faible qu'il ne détermine, même sur les muqueuses douées d'une grand sensibilité (comme la muqueuse uréthrale, par exemple), qu'une cuisson éphémère et insignifiante et jamais de rétrécissements par la suite. En outre, il ne précipite pas l'albumine, propriété qu'il partage avec l'acide gallique qui entre dans sa composition, son action peut donc s'exercer intégralement sur la muqueuse utérine, sans formation de coagulum et sans déterminer d'escharos.

Neisser a démontré que son effet sur les micro-organismes est indiscutable : il tue les uns, arrête la pullulation des autres ; dans tous les cas il retarde considérablement leur développement. Il a une action nocive remarquable sur les staphylocoques, streptocoques ; lorsqu'on saupoudre d'airol les cultures obtenues avec ces bactéries, on constate que leur développement ne se fait qu'avec difficulté et l'effet est beaucoup plus énergique qu'avec l'iodoforme.

Nous reconnaissons que l'airol est toxique, comme les autres antiseptiques et nous en avons même fait l'expérience sur deux de nos malades, qui ont marqué une susceptibilité particulière à l'égard du médicament et l'émulsion au 1/4, qui ne détermine d'ordinaire aucun accident d'intoxication, avait provoqué chez elles des phénomènes vertigineux et nauséeux, attribuables sans nul doute à l'em-

poisonnement par le bismuth. Il suffit d'étendre la solution de moitié de son volume de glycérine, pour éviter ces légers accidents (d'ailleurs sans aucune gravité) et d'habituer peu à peu les malades à supporter l'émulsion au 1/4 qui est nécessaire à l'action énergique et rapide de notre médication.

Hœgler (de Bâle) a employé l'airol en émulsion à 10/100 parties égales d'eau et de glycérine. Le docteur Legueu, qui en fait usage depuis quelque temps à l'hôpital Saint-Louis, a formulé la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Airol..... | 2 grammes. |
| Glycérine..... | 15 grammes. |
| Eau..... | 5 grammes. |

Le docteur P. Delbet a cru utile de modifier le titre de cette émulsion et il a supprimé l'eau, qui produit, comme l'on sait, une décomposition partielle de l'airol, qui abandonne une partie de son iode et de son acide gallique ; d'autre part, la glycérine pure, étant avide d'eau, « amène un flux considérable de sérosité, qui constitue une véritable saignée blanche ».

Voici comment on prépare cette émulsion : on verse dans un verre à expérience quatre centimètres cubes de glycérine pure ; on ajoute 1 gramme d'airol, on agite bien le mélange ; cette première émulsion, qui a la teinte grise de l'airol, est destinée à imbiber les tampons intra-utérins. Une seconde émulsion, beaucoup plus diluée (à 1/20), sert à imbiber les tampons vaginaux.

Ainsi composée, l'émulsion nous a paru beaucoup plus efficace ; la transformation partielle de l'airol s'opère par son contact même avec les liquides utéro-vaginaux et l'action topique se trouve ainsi beaucoup mieux assurée.

Au bout de quelques jours de ce traitement, la leucorrhée, d'abord très abondante, épaisse, purulente, devient peu à peu moins visqueuse, plus claire, plus liquide. Le changement dans la qualité est le prélude de la diminution dans la quantité ; en effet, l'écoulement catarrhal se fait de moins en moins abondant et il est rare qu'il ne soit pas tari au bout de quinze jours ou trois semaines. Le col prend aussi un aspect tout différent : de rouge, de tuméfié, de mou qu'il était, il devient plus ferme sous l'influence du topique ; son volume diminue, sa coloration redevient normale.

L'airol exerce donc, à la fois, une action antiseptique siccative, résolutive, décongestionnante et cicatrisante.

Le manuel opératoire est des plus simples : après avoir pratiqué la dilatation de l'utérus et de larges irrigations antiseptiques du vagin, on introduit au moyen de la plus fine bougie d'Hégar un tampon imbibé de l'émulsion d'airol ; ensuite, on met dans le vagin un gros tampon d'ouate largement imbibé de l'émulsion d'airol, étendue moitié de son volume de glycérine pure.

Le pansement doit rester deux jours en place ; on le renouvelle plusieurs fois.

***

**99. — Du prurit vulvaire, — Son traitement.** —(R. Labusquière. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1897.) L'auteur élimine d'abord les cas de prurit dépendant soit d'état général (diabète, neurasthénie, arthritisme, albuminurie, tuberculose) qui ressortissent au traitement de la maladie principale, et ceux où de la constatation d'un processus local net, découle aussi une thérapeutique bien déterminée : Lotions, à 45 ou 50°, ou très froides à 5° ‰ ; à l'acide phénique fort, 3 % ; au sublimé fort 4 ‰, coaltar saponiné, acide tartrique, salicylique, acétique, essence de menthe, etc., etc., et il examine avec P. Ruge les cas de prurit essentiel sine materiâ. L'auteur allemand dit : « Je ne nie pas qu'il puisse exister des cas de « prurit purement nerveux. Mais, sur un nombre déjà assez élevé je « n'en ai jamais rencontré un formel de cet ordre. Tous les cas que « j'ai vus étaient sous la dépendance d'une irritation locale provoquée « par des affections de la vulve, du vagin, de la portion vaginale du « col, peut-être du col, et je pense qu'il ne peut être ici question que « d'une irritation chimique ou bactériologique, bien que, jusqu'à ce « jour, on n'ait pas réussi à démontrer la présence de bactéries spéci- « fiques. »

D'où il conclut que le principe essentiel du traitement local est le *nettoyage à fond* de la région. Il faut laver, savonner, désinfecter avec le sublimé, vulve, vagin, col, aussi loin que le doigt peut atteindre, et laver jusqu'à ce qu'on ait la conviction qu'il ne reste plus de germes pathogènes. Pas de brosse, pas d'instruments, les doigts, et, de préférence, les doigts du médecin. En terminant, oindre la vulve avec de la vaseline phéniquée à 3 ou 4 %.

***

**100.— Traitement électrique des vomissements de la grossesse.** (E. Doumer. *Nord méd.*, 1897, n° 63.) — On ne saurait être trop armé contre les vomissements de la grossesse. Leur ténacité, parfois leur intensité, en font un accident redoutable des premiers mois de la grossesse, et si, heureusement, ils cèdent souvent d'eux-mêmes ou bien aux diverses médications qu'on leur oppose, on ne rencontre que trop de cas où ils se montrent rebelles et où ils rendent une intervention chirurgicale nécessaire. Le docteur Apostoli, que ses beaux travaux en gynécologie ont rendu célèbre, préconise un moyen simple qui, pour ne pas être infaillible, se montre cependant souvent très efficace et qui mérite de fixer l'attention des médecins.

On sait en quoi il consiste : l'une des électrodes (l'électrode négative) d'un appareil à courants continus est appliquée au creux épigastrique ; l'autre (l'électrode positive) sous forme de tampon double est appliquée au cou entre les insertions claviculaire et sternale des sterno-cléido-mastoïdiens. On introduit un courant continu de 5 à 10 mA., puis, au bout de quelques minutes, on fait prendre à la malade l'aliment pour lequel elle a le plus de répugnance. Si des nausées se produisent, on élève aussitôt l'intensité à 15, 20 et même 25 mA. et on la maintient à ce taux jusqu'à ce que les nausées aient disparu. Lorsque ce résultat est obtenu, on ramène le courant à l'intensité primitive et on reste dans l'expectative jusqu'à ce que une nouvelle nausée se produise. S'il s'en produit, on élève l'intensité du courant comme il a été dit plus haut ; s'il ne s'en produit plus, on cesse l'électrisation au bout de 20 à 30 minutes.

Il est le plus souvent nécessaire de recourir plusieurs fois dans la même journée à de semblables applications ; on ne les cesse que lorsque les aliments sont bien tolérés. En général, elles doivent être répétées à chaque repas pendant trois à cinq jours.

***

**101.— Le lait de noix de coco dans le traitement des vomissements de la grossesse.** — M. le docteur Xanthopulides, médecin sanitaire à Djeddah, a été à même de se convaincre à deux reprises des excellents effets exercés par l'ingestion du suc laiteux contenu dans la noix de coco sur les vomissements incoercibles de la grossesse.

Dans la première observation, il s'agissait d'une jeune femme, en-

ceinte de deux mois, qui souffrait depuis vingt jours de vomissements que rien ne pouvait arrêter. Or, son mari, qui était marchand de fruits, ayant eu l'idée de lui faire prendre un petit verre de lait de coco, on vit après l'ingestion de cette boisson les vomissements cesser comme par enchantement pour ne plus se renouveler.

S'étant souvenu de ce fait dans un cas analogue qu'il eut l'occasion d'observer quelque temps après, M. Xanthopulides conseilla l'usage du lait de coco et fut assez heureux pour constater la disparition des vomissements dès que la femme eut bu deux verres du liquide en question. (*La Sem. Méd.*)

***

**102.— Nouveau traitement des fibrômes de l'utérus.—** Tous les accoucheurs savent que, sous l'influence de la grossesse, les tumeurs fibreuses de l'utérus prennent parfois un volume considérable et qu'après l'accouchement, et surtout si la femme allaite, ces tumeurs subissent une involution analogue à celle de l'utérus et sont quelquefois difficiles à constater. M. Howitz (de Copenhague) (*Annales de Policlinique de Toulouse*, février 1897 et *Lyon médical*, n° 13, p. 460, 1897) a observé des faits analogues et en a tiré cette déduction qu'il fallait conseiller la grossesse et l'allaitement prolongé aux femmes atteintes de myômes.

L'accoucheur danois convient que la conception est souvent entravée par l'existence des fibrômes et que, d'autre part, l'accouchement n'est pas toujours, en pareil cas, exempt de dangers. Aussi propose-t-il, pour obtenir la diminution des fibrômes, les aspirations du mamelon. Sur les sept cas qu'il a choisis, le résultat n'a pas été très concluant, car la méthode d'aspiration a été trop courte et n'a duré que cinq à dix minutes matin et soir. Malgré tout, les résultats semblent favorables : trois malades ont vu leur fibrôme diminuer de volume ; chez les autres, pas de changement notable. Le lait est apparu abondamment dans un cas ; chez quatre patientes, après un ou deux mois d'aspirations.

En faveur des rapports non contestés qui unissent l'utérus à la glande mammaire, M. Howitz rappelle qu'il avait vu plus d'une fois l'injection intra-utérine être suivie, le jour d'après, d'un écoulement de lait, même chez les vierges. (*Gaz. méd. de Paris.*)

***

**103. — Traitement des fibrômes utérins par l'hystérectomie abdominale totale.** — M. Dibiart (*Th. Paris*, 1896-97, et *Semaine gynécolog.*, n° 13. p. 103, 1897) donne, dans sa thèse, la technique adoptée par M. Routier dans le traitement des fibrômes par l'hystérectomie abdominale totale.

Dans un premier temps, M. Routier, par le vagin, fait une ouverture complète ou incomplète des culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin. Pour cela, le col est attiré aussi bas que possible à la vulve avec une pince de Museux.

Dans un second temps, ouverture du ventre et traitement des annexes, sur lesquels on place une ligature double à la soie, en dehors de l'ovaire sur la partie supérieure du ligament large. Entre les deux ligatures, incision du pont ligamentaire qui les réunit, et attouchement des deux bouts au thermocautère.

Dans un troisième temps, extériorisation et énucléation des fibrômes, que la tumeur soit dans le grand bassin, ce qui est alors facile ou bien dans le petit bassin, cas dans lequel il faut l'énucléer, soit après morcellement, soit à l'aide d'un tire-bouchon enfoncé dans le tissu fibreux.

Dans un quatrième temps, on ouvre les culs-de-sac antérieur et postérieur.

Dans un cinquième temps, on pratique l'hémostase des ligaments larges à l'aide de liens élastiques qui sont glissés par l'opérateur dans le cul-de-sac postérieur pour remonter dans le cul-de-sac antérieur. Le nœud de ces liens élastiques est fixé par des ligatures de soie. Alors on sectionne ces pédicules ainsi liés, on les sectionne plutôt aux dépens du tissu utérin, et la tumeur utérine est libérée de toute connexion. Il ne reste plus qu'à faire passer les liens élastiques dans le vagin, un aide les y attire à l'aide d'une pince. On ferme alors la paroi abdominale après toilette du péritoine.

***

**104. — Ovariotomie vaginale.** (*Wien. med. Woch.*, janvier 1897.)— Schauta fait ressortir les progrès réalisés par la gynécologie depuis que se pratiquent les interventions par la voie vaginale, moins dangereuse, et évitant la cicatrice abdominale. La voie vaginale est surtout indiquée pour les opérations sur les annexes atteintes d'affections gonorrhéiques.

En Allemagne la voie vaginale a été difficilement adoptée à cause de la répugnance pour les pinces à demeure. Schauta préconise l'emploi des ligatures. Il opère aussi par la voie vaginale et par morcellement des fibrômes dont le développement n'atteint pas l'ombilic, de même que les grossesses extra-utérines dans les premiers mois. Il réserve la laparotomie pour l'enlèvement des annexes adhérentes aux intestins, pour les gros myômes, les grossesses extra-utérines avancées et les tumeurs ovariques adhérentes.

Au début on réserva l'ovariotomie vaginale pour les petits kystes. Bumm, le premier, publia en 1895 cinq cas de kystes volumineux opérés par cette voie. Schauta, à l'heure actuelle, en a opéré 23, dont le volume a varié d'une tête d'homme à la capacité de tout e la cavité abdominale, et contenant de 10 à 15 litres de liquide. La condition essentielle pour l'opération est l'absence d'adhérences intestinales ou péritonéales. Les kystes intraligamentaires sont également abordables par le vagin. Les adhérences sont faciles à découvrir pour les tumeurs de moyenne grandeur, si on pratique l'examen sous chloroforme. Pour les tumeurs volumineuses, le diagnostic est plus difficile. L'auteur, dans ces cas, attache une grande importance à la mobilité plus ou moins grande du bord supérieur de la tumeur lors des mouvements respiratoires.

L'opération se pratique en incisant la muqueuse vaginale sur la face antérieure de l'utérus ; on décolle soigneusement la vessie, on atteint le cul-de-sac péritonéal qui est ouvert ; la tumeur est refoulée de l'intérieur de l'abdomen par la main d'un assistant contre l'incision, et on y enfonce le trocart ; quand une partie du liquide est évacué on saisit les lèvres de l'incision du kyste avec de fortes pinces et on attire celui-ci dans le vagin, où on le vide rapidement. Le pédicule est lié à la soie, le péritoine suturé au catgut, et l'incision de la muqueuse vaginale à la soie.

Les kystes multiloculaires sont opérés de la même façon, seulement quand une loge a été vidée et qu'une partie de la paroi est amenée dans le vagin, avec un long bistouri on ouvre les loges au fur et à mesure qu'elles se présentent. Pour les kystes dermoïdes il faut prendre les plus grandes précautions pour garantir le péritoine de l'infection, le contenu de ces tumeurs étant parfois très septique. Sur 23 ovariotomies vaginales, Schauta n'a eu qu'un décès ; et encore chez une femme dont le kyste s'était rompu avant l'opération,

remplissant tout l'abdomen de masses colloïdes. La malade succomba à la péritonite vingt-trois jours après l'intervention.

***

**105. — Traitement de l'anus vulvaire congénital.** — M. P. Petit (*Soc. obst. et gynéc.*, mars 1897) présente une enfant de 10 ans qu'il a opérée pour un anus vulvaire congénital.

Le bassin était normalement développé, sauf pour le coccyx qui manquait complètement. L'anus s'ouvrait par un orifice ovalaire situé un peu au-dessus de la fourchette, limité sur les côtés et en avant par un hymen en croissant, et admettant l'index. Il n'existait pas de sphincter et l'enfant ne retenait qu'imparfaitement les matières fécales : en arrière de l'orifice, le doigt plongeait dans une sorte d'ampoule s'incurvant légèrement vers le périnée avant de remonter dans la direction du rectum.

M. Petit employa le procédé de Rizzoli : il incisa le périnée depuis la fourchette jusqu'à un point situé au delà de l'emplacement normal de l'anus et sépara par dissection le rectum du vagin. L'orifice anal fut fixé à l'angle postérieur de la plaie et la muqueuse suturée à la peau. La plaie périnéale fut ensuite refermée. Les suites opératoires furent très simples et la réunion s'effectua par première intention.

La malade garde actuellement ses matières fécales, bien qu'il n'existe pas, à proprement parler, comme le fait remarquer M. Doléris, de sphincter anal : il s'est fait une sorte de rétraction de la boutonnière cutanée suffisante pour empêcher l'issue de matières solides et assez élastique pour permettre la défécation volontaire.

***

**106. — Traitement des fistules vésico-vaginales.** (*Société de chirurgie*, 10 mars 1897.) — Après une discussion dont nous avons fait une première analyse, la plupart des chirurgiens se rallient à la méthode du *dédoublement* préconisée par M. Ricard. Celle-ci, facile à exécuter, si l'on a soin de bien abaisser la fistule avec deux pinces fixées à son orifice, est la seule méthode qui donne un *maximum de mobilisation* aux parties à suturer. D'où, point de tiraillements sur les fils. Aussi a-t-on des succès là où il y a déjà eu plusieurs tentatives infructueuses, par l'avivement classique en sur-

face, d'après la méthode américaine. Seul, le tissu de cicatrice ne se prête pas à un bon dédoublement et oblige à choisir une autre manière d'opérer. M. Quénu, à l'inverse de M. Ricard, emploie une double suture vaginale et vésicale, sans craindre la formation postérieure de calculs dus à la présence des fils vésicaux. Ricard se contente de suturer le vagin. M. Quénu déclare qu'il use du catgut ou de la soie, tandis que MM. Berger et Ricard se servent de gros fils d'argent, en comptant le nombre de tours faits aux chefs, ce qui facilite la détorsion. La soie s'infecterait par suite de sa capillarité, le catgut est infidèle dans la durée de sa résorption. Enfin M. L. Championnière appelle l'attention sur le rôle joué par la qualité des urines dans les résultats opératoires, en citant un exemple à l'appui qui prouve que leur altération peut à elle seule empêcher la cicatrisation.

***

**107. — Destruction de la muqueuse utérine par les caustiques.** (*Soixante-huitième réunion des médecins allemands*, 1896.) — Pfannenstiel a employé la méthode de Dumontpallier dans un cas de métrorrhagies incoercibles de la ménopause indépendantes du cancer : il plaça dans l'utérus un crayon de chlorure de zinc dans le but d'effectuer la destruction complète de la muqueuse utérine. Au bout de cinq jours, pendant lesquels la malade eut à subir des douleurs intolérables que même la morphine ne pouvait calmer, on vit s'éliminer une eschare volumineuse se composant de la muqueuse utérine et d'une partie de la paroi musculaire. Malgré cela, la destruction de la muqueuse n'était pas encore absolument complète. La malade recommença bientôt à perdre de nouveau ; puis des douleurs très vives apparurent, et l'auteur dut faire l'ablation totale de l'organe. Sur l'utérus enlevé, siège d'un hématomètre par suite du rétrécissement de l'orifice cervical, la muqueuse utérine s'était reformée autour d'un îlot de muqueuse primitive restée intacte au niveau du fond de l'organe.

Dans la discussion qui suit cette communication, de nombreux cas analogues sont rapportés. Freund cite même un cas où le badigeonnage de la cavité utérine avec une solution de chlorure de zinc à 50 % amena la mort.

***

**108.— Des moyens d'éviter les tuméfactions ganglionnaires consécutives à l'eczéma du cuir chevelu chez les enfants.** — L'eczéma du cuir chevelu chez les petits enfants donne souvent lieu, par suite d'une auto-infection que le grattage contribue surtout à développer, à des tuméfactions volumineuse des ganglions cervicaux qui exercent sur l'état général une influence très défavorable. Pour empêcher ces complications ganglionnaires de se produire, un médecin allemand, M. le docteur STEINHARDT, recommande de s'adresser à des moyens qui ont pour but, d'une part, de maintenir le sujet dans un état de propreté aussi parfait que possible, et, d'autre part, d'enrayer les sensations prurigineuses qui poussent le petit malade à se gratter.

A cet effet, il conseille de baigner l'enfant fréquemment, de lui laver les mains et lui nettoyer les ongles au moins toutes les deux heures, de laver même ses joujoux et de changer fréquemment le linge de corps et de literie.

Pour calmer le prurit, M. Steinhart fait appliquer sur la région eczémateuse d'abord des compresses d'eau blanche très fraîche que l'on renouvelle fréquemment durant une heure environ, puis de la pommade ainsi formulée :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique..... | 0 gr. 50 centigr. |
| Menthol..... | 1 gramme. |
| Huile de lin..... } Eau de chaux..... } | ââ 50 grammes. |

Mêlez. — Usage externe.

(*La Sem. méd.*)

***

**109.— Curettage répeté dans l'infection puerpérale.—** M. FIEUX. Je présente, en y joignant la feuille de température, l'histoire d'une femme qui a subi trois curettages successifs dans le service de la Clinique.

Cette malade nous est amenée venant de faire, il y a deux jours, un avortement incomplet. Tout le placenta est, paraît-il, encore dans l'utérus. Le pouls était à 110, et au moment de son arrivée, elle eut un frisson après lequel le thermomètre monta à 40°2. Un liquide roussâtre, sentant mauvais, s'écoulait de la vulve. Le doigt sentait une petite masse friable pointant au niveau de l'orifice externe. Celui-ci paraissait difficilement dilatable.

La malade est endormie. Il nous est alors possible d'introduire graduellement deux doigts dans l'utérus, de décoller assez péniblement la masse placentaire et enfin de retirer une masse noire, friable, grosse comme le poing, exhalant une odeur repoussante.

Le doigt, introduit à nouveau, trouve encore de gros débris très durs et très adhérents à la face postérieure de l'organe. Il ne peut réussir à les enlever, et alors nous crûmes bon de terminer séance tenante le déblayage à la curette.

Le lendemain matin, le thermomètre ne s'élevait pas au delà de 37°2. L'odeur était presque nulle. Le soir, le tampon utéro-vaginal est enlevé et une injection intra-utérine fit passer quinze litres de liquide. Sa température remonte à 38°2.

Le troisième jour, 37°2 et 37°4 sont les élévations maxima.

Le quatrième jour, 37°4 le matin et 37°8 le soir.

Le cinquième jour, 37°6 le matin et 37°8 le soir.

Cette élévation progressive eut lieu malgré les injections intra-utérines répétées ; aussi pratiquons-nous un second curettage. Celui-ci ramène quelques fragments placentaires de la face postérieure.

Le lendemain matin, sixième jour, de même qu'à la suite du premier curettage, nous observons une chute manifeste de la température : 37°6 le matin, 37°4 le soir.

A partir de ce moment jusqu'au douzième jour, le thermomètre oscille de 37° à 38°2 ; mais le soir du douzième, il s'élève à 39°.

Nous procédons alors à un troisième curettage qui, cette fois, ne ramène aucun débris placentaire, mais seulement des lambeaux blanchâtres, d'aspect sphacélé. En raison de la nature des produits qui s'éliminent, nous le faisons suivre d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée et nous touchons au même topique des points de la muqueuse vaginale dont le lavage a enlevé des plaques de même nature.

Après quoi, un tampon iodoformé utéro-vaginal est laissé en place vingt-quatre heures.

Cette troisième intervention a été, comme les premières, suivie d'une chute brusque de la température, qui enfin a été définitive. Actuellement, la malade est complètement guérie.

Cette observation montre bien que lorsque, après un curettage, la chute de température est suivie d'une nouvelle ascension, ceci est le témoignage certain d'une désinfection imparfaite et insuffisante.

Dans ces conditions, il ne faut pas hésiter et introduire à nouveau

la curette une deuxième fois, et même une troisième si le besoin s'en fait sentir.

Cette feuille de température est un type de ce dont est capable le curettage répété dans un cas d'infection grave, mais encore localisée.

M. Chaleix. C'est une excellente pratique que de curetter à nouveau l'utérus lorsque le premier curettage n'a pas amené de modifications favorables. Il m'est arrivé de faire chez une femme infectée un nouveau curettage. La curette n'a absolument rien amené d'anormal. Cependant, la température a baissé immédiatement et la malade a guéri. Il ne faut donc pas croire qu'un curettage était inutile lorsque rien n'a été extrait par lui de l'utérus. M. Pinard a d'ailleurs insisté sur ce fait de pratique.

M. Fieux. Les faits de curettage pratiqués à deux reprises ne sont pas rares. Au contraire, ceux de curettage pratiqués trois fois sont très peu fréquents. M. Pinard lui-même a dit qu'il n'y avait pas lieu de recommencer l'intervention lorqu'une femme avait été curettée deux fois sans succès. Le fait que j'ai présenté montre qu'il n'y a pas lieu de se décourager si tôt.

(*Société gynécologique de Bordeaux.*)

***

**110. — De la valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta.** (Camille Juge. *Th. de Paris*, 1896-1897.) — M. C. Juge considère le tamponnement vaginal comme un des moyens les plus infidèles : *contre l'hémorrhagie*, car 22 fois sur 89, c'est-à-dire dans 24 p. 100 des cas, il échoue plus ou moins complètement ; — *comme agent d'excitation de la contractilité de l'utérus :* en effet, il ne provoque ou n'accélère notablement les contractions le plus souvent qu'après 24 ou 48 heures, quelquefois même après plusieurs jours, et avec des applications répétées.

La déchirure large des membranes est un moyen simple, pratique, souvent efficace. Elle fait cesser l'hémorrhagie par cause indirecte, c'est-à-dire celle qui est due au tiraillement que les membres font subir au placenta, quand celui-ci s'insère sur le segment inférieur. Il ne faut pas attendre, pour la pratiquer, l'engagement de la partie fœtale, car alors elle peut être inefficace et insuffisante ; au contraire,

il faut intervenir dès que la persistance ou l'importance de l'hémorrhagie crée l'indication. Elle peut activer le travail en permettant la descente et l'engagement de la présentation. Elle ne doit pas être employée systématiquement seule ; mais, au contraire, elle trouve un complément naturel et souverainement efficace dans l'emploi judicieux du ballon de Champetier.

Le ballon de Champetier a été quelquefois placé en dehors de l'œuf, c'est-à-dire entre les enveloppes ovulaires et la paroi interne de l'utérus. C'est une méthode irrationnelle, puisqu'elle ne peut qu'augmenter le décollement du placenta et aggraver les tractions que les membranes lui font subir.

D'ailleurs, les résultats ont été médiocres, puisque plusieurs fois l'hémostase n'a pas été obtenue. Cette manœuvre constitue néanmoins et malgré tout un puissant moyen de dilatation rapide du col, et dans le cas, très improbable, où les membranes, seraient inaccessibles et fuiraient devant la pointe du perce-membranes, on pourrait y avoir recours, à défaut de mieux.

Introduit à l'intérieur de la cavité amniotique, après large déchirure des membranes, le ballon de Champetier donne d'excellents résultats.

Son action hémostatique est constante et certaine.

De plus, il dilate le col avec rapidité et permet de *terminer l'accouchement* dans un temps très court. M. Juge est arrivé à établir une moyenne de 4 heures et demie comme durée de séjour du ballon dans l'utérus, et cela que le travail soit commencé ou non, alors même que le col est tout juste assez perméable pour laisser passer le ballon replié sur lui-même.

Soit dans les cas où M. Juge est intervenu personnellement, soit dans ceux dont les observations lui ont été communiquées, la durée maxima a été de 7 heures et demie, la durée minima de 1 heure.

Cette méthode, rupture des membranes combinée avec l'introduction du ballon de Champetier dans l'œuf même, est incomparable. M. Juge est bien près de dire qu'elle est la perfection même. En tout cas elle est indiscutablement bien supérieure au tamponnement.

**111.— Indications du curettage dans le traitement de l'endométrite.** (C. L. Bonnifield. *The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 30 janv. 1897.) — Au point de vue thérapeutique, l'auteur envisage trois variétés d'endométrite : catarrhale, septique et gonorrhéique.

L'endométrite catarrhale, le plus souvent due au surmenage de la vie moderne, est surtout justiciable du traitement médical. Cette affection s'observe fréquemment chez les jeunes filles ; les toilettes décolletées en découvrant les bras et une grande partie de la poitrine déterminent l'afflux du sang vers l'intérieur du corps, et congestionnent l'utérus en même temps que d'autres organes. A cette influence s'ajoute celle du corset qui déplace les organes de l'abdomen et gêne le fonctionnement du cœur, les repas copieux et indigestes, la danse et l'absence de repos au moment des règles.

Dans une classe moins élevée, chez la maîtresse d'école ou la demoiselle de magasin, la station debout prolongée agit comme cause vraiment efficiente.

Une autre influence qui mérite d'attirer l'attention est l'abstinence de rapport sexuels. Les chirurgiens nous montrent que cette abstinence est un important facteur dans l'hypertrophie de la prostate qui présente chez l'homme une certaine analogie avec les fibromes utérins chez la femme. Tous les auteurs admettent que cette affection est surtout l'apanage du célibat. Si l'on admet qu'elle entretienne la persistance de l'hyperhémie utérine, on peut supposer de même qu'elle produise l'endométrite catarrhale.

La cause de l'affection une fois reconnue, les indications thérapeutiques en découlent : hygiène appropriée, traitement de l'anémie, repos au lit à la période aiguë, et plus tard distractions et exercices au grand air, équitation, bicyclette, etc.

On doit toujours recourir à ces moyens avant d'entreprendre un traitement local chez la jeune fille et l'on ne saurait trop protester contre la tendance actuelle de pratiquer le curettage dès qu'apparaît un peu de leucorrhée ou de dysménorrhée.

Lorsque ce traitement échoue, le curettage est indiqué et se montre alors bien supérieur à une longue thérapeutique de cabinet.

Chez la femme mariée, les objections au traitement local disparaissent, et le plus souvent le curettage représente la meilleure des interventions ; à l'occasion on peut le compléter par une opération plas-

tique sur le col, la colporraphie, l'opération d'Alexander ou l'hystéropexie, pour rétablir la circulation dans les vaisseaux utérins.

L'endométrite septique survient ordinairement après l'avortement ou l'accouchement à terme ; elle peut succéder à l'introduction d'une sonde malpropre dans la cavité du col ou à l'infection pendant la menstruation par des germes développés dans le vagin. Dès que le diagnostic est établi, on doit recourir au curettage qui, pratiqué en temps opportun, permettra souvent d'éviter une opération plus grave.

L'endométrite gonorrhéique à son début cède habituellement à l'irrigation intra-utérine suivie d'un tamponnement, à condition de pourchasser énergiquement le gonocoque dans tous ses cantonnements, vagin, urèthre, glandes de Bartholin.

Mais si l'affection existe déjà depuis longtemps lorsque la malade est examinée, ou lorsque ce traitement n'a pas été couronné de succès, le curettage est indiqué, que les symptômes soient aigus ou chroniques, la seule contre-indication étant l'existence d'une collection purulente annexielle ou péri-annexielle. Dans ce cas on doit chercher à évacuer la poche par le cul-de-sac de Douglas ; si cela est impossible, on aura recours à la laparotomie en complétant l'une ou l'autre des interventions par le curettage.

***

**112. — Traitement des hernies du cordon.** (*Archives russes de chirurgie*, n° 3, 1897.) — Mariantschik, en se basant sur un cas personnel, ainsi que sur la bibliographie médicale concernant le traitement des hernies du cordon, arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° Les hernies du cordon doivent être opérées dans tous les cas où il s'agit d'un enfant viable ;

2° Il faut tenir grand compte des anomalies des organes internes fréquentes chez les enfants, anomalies qui peuvent exercer une action fâcheuse sur le résultat définitif de l'opération ;

3° L'opération doit être pratiquée le plus tôt possible ;

4° La meilleure méthode opératoire des hernies du cordon est la laparotomie.

# FORMULAIRE

—

*Les pansements à l'acide picrique dans les déchirures du périnée après l'accouchement.*

(Jules Chéron.)

Dans les accouchements laborieux, dans ceux surtout qui ont nécessité une application de forceps, chez des femmes dont la vulve est peu dilatable, en raison de l'âge de la malade, on observe assez souvent des déchirures superficielles du périnée, malgré toutes les précautions prises pour les éviter.

Ces déchirures peuvent même paraître assez profondes, aussitôt après la délivrance, quand les tissus sont très œdématiés, ce qui est la règle dans les cas que nous envisageons.

Si la couche musculaire est respectée, si le corps périnéal n'est pas entamé sérieusement, cette déchirure est susceptible de se cicatriser rapidement et complètement par des soins appropriés.

La suture immédiate n'est pas de mise, en pareil cas, en raison de l'œdème de la vulve ; les érignes sont mal supportées. Le traitement qui m'a le mieux réussi est le suivant :

Après avoir fait la toilette de la vulve et du vagin et après avoir introduit une mèche de gaze iodoformée dans le vagin, on badigeonne la vulve et la déchirure périnéale avec une solution concentrée d'acide picrique. Une petite bandelette d'ouate hydrophile aseptique est imbibée de la même solution et tassée entre les lèvres de la déchirure, et laissée en place jusqu'au pansement suivant.

Les sensations pénibles de cuisson et de brûlures cessent presque aussitôt ; l'œdème diminue dès les premiers pansements qu'on répète deux fois par jour. Très vite, l'œdème vulvaire ayant disparu, on se rend un compte exact de la profondeur véritable de la déchirure. C'est alors qu'on peut faire avec succès la suture, s'il y a lieu, on se contente des pansements déjà décrits. La cicatrisation est rapide.

---

*Directeur-Gérant*, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

I. — Les dangers de l'emploi de la curette et surtout des pinces dans l'avortement incomplet.

II. — Traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta.

I. — Nous avons analysé, au moment où il fut publié, un intéressant mémoire de MM. Chaleix-Vivie et Audebert (de Bordeaux), sur le traitement des rétentions placentaires, après l'avortement, par le curettage instrumental. Les auteurs montraient, par de nombreuses observations, que le curettage soigneusement fait, par un gynécologiste expérimenté, pouvait rendre des services considérables en pareil cas. Les quelques faits que nous avions pu observer personnellement nous incitaient à défendre la supériorité de la curette bien maniée sur le curage digital et à nous rallier à la thèse de nos confrères bordelais.

Or, la question vient d'être reprise à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*. M. Doléris s'est déclaré à nouveau partisan convaincu de l'intervention active et a fourni une statistique personnelle entièrement favorable au curettage instrumental. D'autres orateurs ont combattu le curettage et en ont signalé les dangers. Fidèles à nos habitudes d'impartialité, nous devons leur donner la parole ; l'attaque la plus

vive étant venue de M. Maygrier, c'est la partie de sa communication qui vise le point en litige que nous allons reproduire :

« Ayant eu, dit M. Maygrier, à prendre part à une expertise médico-légale à propos d'un curettage malheureux au cours duquel étaient survenus un avortement, puis une perforation de l'utérus avec issue d'une anse d'intestin dans le vagin, j'ai relevé dans la littérature un certain nombre de faits analogues sur lesquels il m'a paru utile de rappeler l'attention. Ce sont des blessures graves de l'utérus à l'occasion de manœuvres instrumentales faites dans le but d'enlever des débris abortifs. Un certain nombre de ces faits ont été signalés par M. Pichevin. Dans une remarquable leçon clinique professée récemment à la Maternité, M. Budin y a fait allusion également.

Sans entrer dans tous les détails que comporterait un pareil sujet, je ne veux signaler ici que quelques faits dont l'importance et la notoriété sont telles qu'il est impossible de les passer sous silence.

Le 9 mars 1894, Alberti, de Postdam (1), a fait, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, une communication sur un cas de perforation de l'utérus avec passage de l'intestin à travers l'orifice de perforation et son étranglement par cet orifice; il s'agissait d'un avortement avec rétention de débris ovulaires infectés, et l'accident en question se produisit au cours de l'opération faite par l'auteur : curettage et extraction avec une pince à polypes.

A la suite de cette communication, Veit, Orthmann, Olshausen prirent la parole pour citer des accidents analogues qui leur étaient personnels. Martin a rapporté trois cas de sa pratique, où ayant employé des pinces pour extraire des fragments de délivre, il attira l'intestin dans la cavité utérine. Veit a résumé la discussion en déclarant que l'emploi des pinces pour extraire le placenta de l'utérus était éminemment dangereux,

(1) Alberti. Ein Fall von Perforation des Uterus. (*Centralb. für Gyn.*, 29 septembre 1894, p. 937.)

qu'on ne devrait jamais recourir à cet instrument sans le guider sur le doigt et qu'en règle générale le mieux était de renoncer absolument à s'en servir.

Le 26 juin 1894, à la Société obstétricale de Vienne, Fleischmann (1) a communiqué un cas de rétention placentaire post-abortive, dans lequel il essaya de faire l'ablation des restes ovulaires avec une pince à polypes. Il s'ensuivit une perforation de l'utérus à travers laquelle l'instrument entraîna l'intestin.

Mann (2) a publié de son côté trois cas de perforation de l'utérus avec prolapsus de l'intestin, au cours de manœuvres instrumentales faites pour extraire des débris abortifs. L'accident se produisit dans le premier cas à la suite de l'emploi de la curette tranchante ; dans le second il fut le résultat de l'application d'un dilatateur métallique. Je donne ici la traduction du troisième cas, en raison de son étrangeté. « Un jeune praticien soignait une dame pour un avortement. Il dilata l'utérus avec un dilatateur à branches d'acier, puis introduisit une pince ; mais, au lieu de l'œuf, il attira une portion d'intestin grêle. Au lieu d'attendre et de prendre ses mesures pour la laparotomie, il perdit la tête et continua de tirer jusqu'à ce qu'il eût extrait six pieds d'intestin. Il pensait, a-t-il dit, que cet intestin était celui du fœtus ; mais le fœtus n'étant âgé que de trois mois, il est difficile de comprendre qu'il ait pu commettre une pareille faute. Après avoir ainsi attiré l'intestin, voyant qu'il ne pouvait le remettre en place, il en fit la résection, et appela un confrère à son aide. Celui-ci arriva trop tard, et la femme succomba. »

Dans le fait médico-légal dont j'ai parlé plus haut, l'opérateur a déclaré s'être servi d'une curette et de pinces, et c'est avec ces dernières qu'il a amené une anse intestinale dans le vagin.

La conduite à tenir en présence de pareils accidents consiste, lorsque la réduction de l'intestin est impossible, à faire

(1) *Centralb. für. Gyn.*, 6 octobre 1894, p. 979.
(2) L. Mann. *Amer. Journ. of obstetr.*, mai 1895, p. 603.

la laparotomie, et à pratiquer, si elle est nécessaire, la résection d'une portion de l'intestin. C'est ainsi qu'ont agi, parfois avec succès, la plupart des opérateurs.

Quoi qu'il en soit, il ressort des faits précédents que, même entre les mains les plus habiles, des accidents d'une extrême gravité peuvent se produire au cours d'une intervention instrumentale entreprise dans le but d'extraire un placenta abortif.

La curette est un instrument aveugle, qui, lorsqu'on se décide à l'employer, ne doit être manié qu'avec la plus extrême prudence. Elle doit être de grandes dimensions et on ne l'introduira dans l'utérus qu'après une large dilatation du col et en la guidant constamment sur le doigt.

Les pinces sont particulièrement dangereuses, car elles peuvent entraîner l'intestin, comme le prouvent les observations que j'ai rapportées. Aussi vaut-il mieux ne pas s'en servir.

Quant aux dilatateurs métalliques divergents, il semble que leur emploi doive être également abandonné.

Pour toutes ces raisons, je crois pouvoir conclure que le véritable traitement de la rétention du placenta après l'avortement, dans le cas où il est indiqué d'intervenir, réside dans le curage digital, pratiqué, après dilatation large du col et sous le chloroforme. La curette ne doit être employée qu'exceptionnellement, et toujours sous le contrôle du doigt. Les pinces doivent être proscrites, et l'extraction des débris placentaires décollés pourra être beaucoup plus avantageusement faite par le procédé d'expression de M. Budin. Enfin, l'écouvillonnage soigneux de la cavité utérine est le complément obligé du curage digital.

Cette pratique n'est pas celle qui a été suivie rigoureusement à la Maternité de Lariboisière, où la curette, sinon la pince, a été employée un certain nombre de fois. Mais, en raison des accidents possibles, sur lesquels j'ai suffisamment insisté, je suis décidé à restreindre de plus en plus l'usage de cet instrument dans le traitement de l'avortement incomplet.

D'ailleurs je ne puis donner de meilleure preuve de l'excel-

lence du traitement que je viens d'indiquer (curage digital et écouvillonnage) qu'en rappelant que M. Budin a exclusivement recours à cette méthode à la Maternité, et qu'elle lui donne les meilleurs résultats, ainsi que l'atteste la statistique exposée par lui dans la leçon clinique à laquelle j'ai déjà fait allusion. »

De ces faits que faut-il conclure ? Le danger des pinces est évident et il semble bien qu'on doive les bannir définitivement. La même exclusion ne nous paraît pas devoir être formulée aussi catégoriquement contre la curette à laquelle on peut donner une courbure appropriée au cas à traiter (alors que la pince est forcément de courbure fixe), qu'on peut manier aussi doucement qu'il est désirable, qui agit sur de larges surfaces, les larges curettes étant seules utilisées en pareil cas. Il est bien certain, d'autre part, que même avec la curette seule, sans usage des pinces, on peut avoir des accidents si l'utérus est très friable ; il faut donc être toujours très prudent et manier l'instrument avec la plus grande douceur. Les nombreux succès obtenus par ceux qui ont su prendre les précautions nécessaires démontrent bien, à notre avis, que, si danger il y a (et le danger est réel), du moins ce danger peut être évité.

II. — Le Dr Charles, l'éminent directeur de la Maternité de Liége et rédacteur en chef du *Journal d'Accouchements* que nous avons souvent l'occasion de citer dans cette Revue, fait la critique du traitement de l'insertion vicieuse du placenta imaginée par M. Pinard. La compétence bien connue de l'auteur nous engage à reproduire ce travail :

« M. Pinard, dit-il, a *complètement* banni de sa pratique à Baudelocque le seigle ergoté et le tampon vaginal dans tous les cas, l'accouchement prématuré artificiel et le forceps dans les bassins rétrécis. Nous croyons que notre habile confrère est vraiment trop exclusif ; le seigle ergoté rend des services certains, précieux et indiscutables dans les hémorrhagies post-partum ; l'accouchement prématuré artificiel et le forceps per-

mettent d'obtenir d'excellents résultats dans les angusties pelviennes modérées ; le tampon vaginal bien fait, suffisamment serré et antiseptique, est capable de sauver bien des situations.

Cependant les succès vraiment remarquables obtenus par M. Pinard prouvent, mieux que tous les raisonnements, combien ses procédés méritent d'attirer l'attention de tous les praticiens. C'est pourquoi nous désirons décrire avec suffisamment de détails sa manière de faire dans les hémorrhagies par placenta prævia.

A son avis, le tampon vaginal est inefficace et dangereux ; il est souvent mal fait, en dehors des Maternités ; il n'empêche pas le sang de couler à l'extérieur ou de s'accumuler dans le fond du vagin ; il est la source d'accidents septiques. Ces reproches sont exacts en ce qui concerne le mauvais tampon, mais ne veulent pas dire que le bon tampon est inutile.

M. Pinard recommande les injections vaginales chaudes, la large ouverture des membranes et l'introduction du ballon Champetier au-dessus du col, dans le segment inférieur de l'utérus ; il termine enfin l'accouchement par le forceps, la version, l'extraction selon les cas.

Contre les hémorrhagies légères, intermittentes de la grossesse, M. Pinard emploie, outre le repos complet, les injections vaginales *très chaudes*, à 48°, antiseptiques, continuées jusqu'à ce que le liquide en retour ne soit plus teinté de sang ; parfois aussi le laudanum en lavement (jusque 60 et même 100 gouttes dans les 24 heures) ou les piqûres de morphine. Si la présentation est transversale, il fait la version céphalique par manœuvres externes. La transformation de la position, jointe au repos au lit et aux injections vaginales chaudes, suffit ordinairement pour arrêter les pertes légères.

Lorsque l'hémorrhagie est inquiétante par son abondance, par sa continuité ou par sa répétition, si le pouls est petit et rapide (dépasse 100), M. Pinard provoque l'accouchement sans hésiter, en allant ouvrir *largement* les membranes. La simple ponction est insuffisante parce qu'elle n'empêche pas les tiraillements du chorion et par suite du placenta. Seule la déchirure

large des membranes prévient la distension et les tiraillements du chorion ; dès lors le placenta ne peut plus se décoller de ce fait et l'hémorrhagie s'arrête. Cependant une autre cause peut la ramener, c'est quand la partie fœtale en s'engageant vient appuyer *directement* sur le placenta et le décoller. C'est pour arrêter ce décollement direct et en même temps accélérer le travail et permettre la dilatation complète sans engagement de la région fœtale, que M. Pinard introduit le ballon de Champetier *au-dessus du col* dans le segment inférieur de l'utérus. Deux aides sont souvent nécessaires : l'un pour chloroformer au besoin et l'autre pour injecter le liquide dans le ballon.

Pour la rupture des membranes, la femme est placée dans la position obstétricale ; l'accoucheur introduit dans le vagin, avec toutes les précautions antiseptiques, deux ou quatre doigts, au besoin la main entière ; il explore soigneusement le segment inférieur de l'utérus pour savoir de quel côté il arrivera le plus vite aux membranes ; il pousse alors un ou deux doigts dans le col vers cette direction et dès qu'il les a atteintes il les ouvre avec les ongles ou un perce-membranes (telle qu'une aiguille à tricoter bien désinfectée). Il a soin que la déchirure soit très étendue pour éviter tout tiraillement ultérieur.

Dès lors, la tête descend, comprime le placenta et arrête ainsi mécaniquement l'hémorrhagie. Si celle-ci ne se reproduit pas, on abandonne l'accouchement à la nature ; si elle se reproduit et que le col soit dilatable, on applique le forceps.

Mais lorsque la partie fœtale reste élevée ou décolle le placenta par son passage à frottement, l'hémorrhagie reparaît plus ou moins abondante et si le col ne permet pas encore de terminer, il faut se hâter de compléter la dilatation à l'aide du ballon de Champetier.

Ce ballon, parfaitement aseptisé et enduit de vaseline, est replié entre les mors de la pince spéciale destinée à le porter dans l'utérus. Il est guidé sur deux doigts jusqu'au-dessus du col, dans la partie inférieure de l'œuf ouvert ; on désarticule les branches, puis on commence à faire injecter le liquide ; dès qu'on est sûr que le ballon ne redescendra pas, on retire suc-

cessivement les deux branches de la pince conductrice et on continue à gonfler le ballon, jusqu'à ce que 400 gr. d'eau soient introduits. On ferme alors le robinet et par surcroît de précaution on applique une pince à forcipressure sur le tube en caoutchouc.

Le ballon distendu dans le segment inférieur de l'utérus exerce une pression directe sur le placenta, met fin instantanément à l'hémorragie et provoque des contractions violentes qui amènent l'accouchement à bref délai.

On peut accélérer ou ralentir la marche du travail en introduisant et en retirant tour à tour 100 nouveaux grammes de liquide dans le ballon et en exerçant quelques tractions modérées sur la partie supérieure du tube, près du ballon.

Dès que la dilatation est complète, le ballon tombe dans le vagin et arrive à l'extérieur. On introduit alors la main, on va chercher les pieds et on pratique l'extraction.

Pendant tout ce temps (1 à 2 heures), la malade aura été maintenue dans la position obstétricale, les jambes entourées de laine pour éviter les refroissements. On ne la quitte pas après la délivrance, car l'hémorrhagie peut se reproduire ; celle-ci est combattue par les injections utérines à 48°, par les piqûres d'éther, l'enveloppement des jambes dans la flanelle, les boissons alcooliques (champagne frappé), les infusions sous-cutanées de liquide physiologique.

M. Labusquière a fait le relevé des insertions vicieuses observées à la clinique Baudelocque du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1894 : il y a eu 169 cas, dont 60 seulement ont exigé les secours de l'art comme suit : rupture des membranes seules, 36 fois ; rupture avec le ballon Champetier, 4 fois ; rupture, ballon, version, 3 fois ; rupture, version, 2 fois ; rupture, abaissement d'un pied, 3 fois ; rupture, ballon, forceps, 1 fois ; rupture, forceps, 2 fois ; ballon seul, 1 fois ; ballon et version, 2 fois ; ballon et abaissement d'un pied (siège), 1 fois ; version interne, 1 fois ; version par manœuvres mixtes, abaissement d'un pied (siège), 1 fois ; abaisse-

ment d'un pied (siège), 1 fois ; forceps seul, 1 fois ; symphyséotomie, 1 fois.

Ces 60 cas opératoires ont donné *en tout* : 4 mères mortes, soit 6 2/3 p. 100, et 34 enfants morts, soit 56 2/3 p. 100.

La statistique de l'année 1895 a donné 25 cas de placenta prævia, dont 15 ayant nécessité une intervention : toutes les mères ont guéri, mais 11 enfants ont succombé.

M. Bourdier a fait une statistique sur les résultats obtenus par le tamponnement dans différents services de Paris (Maternité, Lariboisière, clinique de la rue d'Assas de M. Tarnier) et, après diverses éliminations plus ou moins justifiées, a obtenu une mortalité maternelle de 1.7 p. 100 et fœtale de 64,3 p. 100. C'était vraiment trop beau et M. Abdel-el-Nour ayant passé les faits au crible de la critique et ajouté les cas de plusieurs autres services (Saint-Louis, Charité, Pitié, Hospices de Lyon), arrive aux chiffres suivants bien différents des autres :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mortalité maternelle | de 13.63 à 40, | moyenne | 26.81 p. 100. |
| » fœtale | 65.90 à 89.47 | » | 77.68 p. 100. |

D'autre part, M. Dührssen ayant abandonné dans ces derniers temps la version combinée, a adopté un *modus faciendi* analogue à celui de M. Pinard : rupture des membranes, introduction d'un ballon en caoutchouc (colpeurynter) avec 500 gr. d'eau, puis *traction continue* sur la tige de ce ballon jusqu'à ce qu'il tombe dans le vagin (cela a varié entre 1/4 d'heure et 3 heures). Alors, si la perte est arrêtée, on laisse l'accouchement suivre son cours naturel ; si la perte persiste, on procède à l'extraction de l'enfant (précédée ou non de la version podalique interne, suivant la position fœtale).

Sur 6 cas traités de cette façon, M. Dührssen a obtenu 6 femmes guéries et 5 enfants vivants.

En ne voyant que ces différents chiffres, le choix serait facile à faire, la méthode de M. Pinard l'emporterait haut la main. Mais ils ne disent pas tout : sont-ils comparables ? plusieurs sont certainement discutables, puisqu'ils ont été discu-

tés ; n'y a-t-il pas eu séries heureuses ou malheureuses, d'un côté ou de l'autre, comme cela se rencontre souvent. Maintes circonstances peuvent aisément faire beaucoup varier une statistique de quelques dizaines de cas ; témoin encore la nôtre, où, sur 16 cas des deux dernières années (1895 et 1896), il y a eu un seul décès par étranglement et l'insertion vicieuse n'a absolument rien à y voir.

Ajoutons qu'une méthode est plus ou moins recommandable selon sa simplicité et sa facilité d'être convenablement appliquée partout et par tous. A ce point de vue, nous pensons que le tampon est plus à la portée générale des praticiens que la bonne déchirure des membranes, avec ou sans ballon de Champetier, du moins dans les insertions centrales et partielles et notre conclusion sera la suivante : dans les insertions latérales et marginales, c'est-à-dire dans tous les cas où les membranes seront aisément à la portée du doigt, ce dernier procédé nous paraît le meilleur ; mais s'il faut explorer minutieusement le segment inférieur pour savoir où pénétrer, s'il faut décoller plus ou moins au hasard un segment placentaire pour atteindre les membranes, nous estimons que ces manœuvres préliminaires sont très dangereuses pour la plupart des praticiens et doivent être réservées aux spécialistes habitués et habiles ; pour les autres, un bon tampon sera plus facile à appliquer et pourra, en attendant mieux, diminuer ou arrêter en quelques instants une hémorrhagie qui met la vie de la femme en danger. J. B.

---

## DE LA DESTRUCTION DU GONOCOQUE
# DANS LE TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE CHEZ LA FEMME
### Par l'injection, dans la vessie, d'une solution aqueuse suturée d'acide picrique

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare.

*Note présentée au Congrès de Moscou*, 1897.

—

Lorsque, il y a bientôt vingt-sept ans, je fus appelé à diriger un des services médicaux de la deuxième section de Saint-

Lazare, l'uréthrite était une des principales causes de l'encombrement des salles.

On traitait, dans ce service, les femmes atteintes d'uréthrite, comme on traitait la même affection chez l'homme. Au début, dans la période aiguë, ou dans la période subaiguë des récidives : tisane émolliente et diurétique jusqu'à la disparition de la douleur et la modification de l'écoulement purulent; puis, administration du copahu et du cubèbe à l'intérieur et attouchements du canal avec des solutions astringentes ou cathérétiques.

Malgré ce traitement complexe, malgré l'introduction directe d'un crayon de nitrate d'argent dans le canal de l'urèthre, dans les cas les plus rebelles, on voyait les cas d'uréthrite s'éterniser dans les salles.

A cette époque nous avons vu des malades atteintes de cette affection, faire exceptionnellement, il est vrai, jusqu'à 100, 130, voire même 205 jours d'hôpital.

La moyenne de séjour n'était pas moins de 66 journées.

C'est que la guérison, à ce moment-là, ne pouvait être nettement indiquée que par la disparition absolue de toute sécrétion uréthrale et nous n'avions à notre disposition aucune substance capable de la tarir avec rapidité.

Pendant l'année 1870, j'avais appliqué avec le meilleur succès, au traitement des plaies de guerre, la solution d'acide picrique à un pour cent. J'avais fait des pansements qui m'avaient permis de faire voyager mes blessés, et de constater, à la fois, la double action anesthésique et cicatrisante de ce corps.

Etant donnée la difficulté que j'éprouvais à guérir promptement l'uréthrite chez les femmes de mon service, j'en vins, après avoir essayé un grand nombre de solutions les plus variées et tous les autres moyens connus, toujours sans résultat, à employer l'acide picrique dans l'uréthrite, soit en lavage, soit à l'aide d'un long bourdonnet d'ouate imbibé de la solution et laissé en place pendant quelques instants.

Les résultats furent tantôt satisfaisants, tantôt aussi mauvais qu'avec les solutions diverses.

Je cherchai la cause de ces alternatives de succès et d'insuccès, dans l'état anatomique de l'urèthre féminin dont les glandes inclinées de dehors en dedans, ont l'orifice tourné vers le sphinc-

ter de la vessie, ce qui me permit de reconnaître que tout lavage du canal, pour produire un effet utile, devait être dirigé de dedans en dehors, de la vessie vers l'extérieur.

Pour effectuer ce lavage dans le sens nécessaire (c'était en 1871), je tentai d'introduire dans la vessie la solution saturée d'acide picrique après avoir recommandé aux malades de rester deux heures, sans uriner, avant de venir à l'injection.

Et le lavage se trouva fait, dans le sens désiré ; l'acte naturel déversant de dehors en dedans, le mélange d'urine et de solution picrique effectué dans la vessie.

La transformation de l'acide en picrate de soude et en picrate de potasse, au contact de l'urine, sels dont l'action est identique à celle de l'acide picrique, ne pouvait modifier les résultats.

Depuis 1871, c'est-à-dire depuis 27 ans, les uréthrites, les vaginites et les endométrites blennorrhagiques sont traitées de la sorte, comme je l'ai signalé plusieurs fois.

Ici se place un fait intéressant.

Pendant une absence que je fis, il y a quelques années, l'interne de service, aujourd'hui le Dr Bouteil, supposant qu'une substance aussi préconisée que le permanganate de potasse donnerait, probablement, des résultats supérieurs à ceux obtenus avec l'acide picrique, supprima ce dernier traitement et le remplaça par l'injection intra-vésicale de permanganate de potasse à 1/4000.

Mais il fallut bientôt en rabattre, le permanganate, même à dose plus élevée, ne put tenir la comparaison et l'acide picrique fut repris avec le même succès qu'auparavant.

Il en fut de même de la liqueur de Van Swicten, qui dédoublée, à plusieurs titres, ne donna point de résultats satisfaisants.

Mais à ces succès, il fallait une consécration scientifique.

Tous les vénéréologistes sont d'accord, aujourd'hui, pour accepter le gonocoque comme cause certaine de la blennorrhagie et les micro-biologistes ont, en même temps, démontré le rôle néfaste produit par ce microbe dans les affections des organes génitaux de la femme.

Il était donc naturel, après avoir reconnu l'action curative de l'acide picrique dans la blennorrhagie, de rechercher l'action de ce dernier sur le gonocoque.

M. G. Roger, pharmacien de Saint-Lazare, très versé dans l'étude de la bactériologie, voulut bien me prêter son concours et l'étude micrographique nous démontra, aussitôt, l'action destructive de l'acide picrique sur le gonocoque.

Exceptionnellement, dans un cas seulement, la disparition de l'uréthrite a demandé 34 jours ; en général le gonocoque a disparu, après trois injections, c'est-à-dire au septième jour.

Au premier examen microscopique, on trouve de nombreuses cellules épithéliales, des leucocytes en quantité, des diplocoques et des gonocoques en colonies habituellement très nombreuses ; ils sont intra ou extra-cellulaires.

Après trois injections, souvent après deux, les colonies diminuent, les gonocoques qui les forment deviennent moins nombreux.

Aprés la quatrième injection, il est rare qu'on retrouve des colonies, le gonocoque reste accouplé, mais libre. Après un très petit nombre d'injections il disparaît sans retour ; un grand nombre d'examens ultérieurs l'ont démontré.

Le traitement de l'uréthrite par l'acide picrique, sans examen bactériologique, laisse quelquefois croire à la non guérison, alors que cette dernière est nettement effectuée. C'est qu'après la destruction des gonocoques, un écoulement séreux souvent persiste, et dans le doute, le médecin retient comme malade un sujet guéri depuis quelque temps. C'est ce qui explique la différence des statistiques dans ces deux circonstances : guérison après examen clinique ; guérison après examen bactériologique.

Chez l'homme le titre de la solution à employer est bien différent et la technique est tout autre que chez la femme.

Chez celle-ci, la technique opératoire est des plus simples.

Une seringue de Braun destinée à l'utérus, d'une contenance de quatre centimètres cubes et munie d'une longue canule d'argent ayant la forme d'une sonde vésicale de femme, est remplie d'une solution d'acide picrique à saturation. La canule introduite dans la vessie, l'injection est poussée avec lenteur et la canule laissée en place, la seringue est remplie de nouveau s'il y a lieu.

C'est àvec une injection de quatre centimètres cubes de solu-

tion aqueuse saturée d'acide picrique employée deux ou trois fois par semaine, que, pendant 26 ans, l'uréthrite a été traitée avec succès dans mon service de Saint-Lazare.

Aujourd'hui, d'après mes recherches avec M. G. Roger, je considère l'action destructive de l'acide picrique, sur le gonocoque, comme démontrée, substance qui, employée comme je viens de l'indiquer est sans aucune action nocive sur les organes en jeu.

Le fait m'a paru d'une application pratique suffisante pour qu'il me semblât utile et intéressant de le faire connaître.

---

# TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

—

(19e *article, voir les nos précédents, à partir de janvier 1895.*)

## Pessaires. — Ceintures abdominales.

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,

et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

Sommaire. — A. *Pessaires* : Indications et contre-indications.

Classification des pessaires : pessaires vaginaux — pessaires intra-utérins — pessaires combinés (intra-utérins et vaginaux) — pessaires vagino-abdominaux.

Asepsie des pessaires (pessaires en caoutchouc, pessaires en étain malléable, pessaires en celluloïd, pessaires en aluminium).

Choix du pessaire : pessaire d'essai, pessaire définitif : avantages comparatifs des diverses substances qui servent à fabriquer les pessaires.

Surveillance du pessaire (soins à prendre pour assurer l'asepsie du pessaire en place).

Quand doit-on retirer définitivement le pessaire ?

Inutilité des anciens pessaires à antéversion.

Pessaire à abaissement en antéversion ou utéroptose : anneau souple avec ou sans diaphragme.

Pessaire à rétrodéviation : anneau de Hodge, pessaire en huit de chiffre de Schultze.

Pessaire à rétrodéviation combinée à la latéro-version, anneau de Hodge modifié par le Dr Batuaud.

Pessaire à distension vaginale : anneau souple, traineau.

Pessaire à prolapsus : bilboquet de Nélaton modifié par le Dr Chéron ; pelote périnéale.

B. *Ceintures abdominales* : Ceinture hypogastrique. Sangle de Glénard. Leurs indications.

Les pessaires sont indiqués, dans les changements de position de l'utérus, lorsque la déviation a été réduite, pour maintenir la

réduction et donner aux ligaments suspenseurs le temps de reconquérir leur tonicité, grâce au repos que leur apporte ce moyen artificiel de soutien de l'organe.

Sans doute, dans un assez grand nombre de cas, le massage local continué avec persévérance, l'emploi des moyens toniques généraux (gymnastique suédoise, hydrothérapie, injections de sérum artificiel, etc.) permettent de maintenir les déviations réduites sans avoir recours aux pessaires. Néanmoins, soit que la malade ne puisse pas se soumettre à une cure assez prolongée, soit que l'asthénie locale ait une telle gravité que l'effet bienfaisant des cures de massages se montre de trop courte durée, il reste encore bien des cas pour lesquels on a tout avantage à recourir à l'emploi des pessaires.

Judicieusement choisis et surveillés prudemment, ces petits appareils, ou tout au moins ceux dont nous parlerons plus loin, ne présentent aucun danger, si l'on respecte les contre-indications suivantes :

1° Etats inflammatoires aigus ou sub-aigus des annexes ;

2° Lésions inflammatoires récentes de l'utérus ; excoriations utérines ou vaginales ;

3° Névralgies pelviennes, utérus irritable des anciens auteurs, coïncidant souvent avec des points hystérogènes au niveau du col de l'utérus.

On divise les pessaires en :

1° Pessaires vaginaux (ce sont à peu près les seuls usités actuellement).

2° Pessaires intra-utérins (complètement abandonnés aujourd'hui au point de vue qui nous occupe en ce moment).

3° Pessaires mixtes intra-utérins et vaginaux à la fois tombés encore plus en discrédit.

4° Pessaires vagino-abdominaux dont nous ne décrirons que deux types utiles à connaître : la pelote périnéale et le bilboquet de Nélaton modifié par le Dr Chéron.

Citons, pour mémoire, afin de n'avoir plus à en parler, les pessaires en bondon, en gimblette, en entonnoir, les hystérophores

de Kilian, de Zwanck, etc., abandonnés les premiers en raison de la difficulté de leur nettoyage, les derniers à cause de leurs dangers, un certain nombre de fistules vagino-rectales ou de fistules vésico-vaginales ayant été la conséquence de leur emploi ; enfin, les pessaires à air, difficiles à maintenir aseptiques et d'une action vraiment illusoire.

Nous préférons ne conserver qu'un petit nombre de types et en bien préciser les indications.

L'asepsie des pessaires est facile à réaliser par le flambage pour les pessaires en étain ou en aluminium, par le séjour plus ou moins prolongé dans une solution antiseptique pour les pessaires en caoutchouc ou en celluloïd.

Les pessaires en caoutchouc ou en étain creux rempli de colophane ont pour avantage leur malléabilité qui permet de leur donner la forme que l'on désire ; ils sont donc à choisir comme pessaires d'essais et c'est après avoir vérifié, dans chaque cas, quelle est la forme exacte et la grandeur qui sont le mieux appropriées aux cas à traiter, qu'on fera un pessaire définitif en celluloïd ou en aluminium. Ces derniers pessaires sont légers et inaltérables, si l'on prend les soins de propreté usuels, aussi doivent-ils être préférés comme appareils à laisser en place pendant plusieurs mois, mais ils ne peuvent pas être modifiés extemporanément (les pessaires en aluminium surtout ; quant aux pessaires en celluloïd, ils doivent être plongés dans l'eau bouillante pour devenir malléables), ce qui justifie le choix des pessaires en caoutchouc ou en étain comme pessaires d'essai.

Après avoir mis en place le pessaire choisi, il est de règle constante de faire marcher la malade, de la faire asseoir un peu brusquement sur un siège dur, de la faire étendre en position horizontale, et ce n'est que si elle n'éprouve aucune gêne que l'on peut considérer le pessaire comme bien choisi. Il faudra, en outre, qu'elle n'ait aucune difficulté à aller à la selle de par son pessaire, que ce dernier ne soit pas déplacé par les efforts de la défécation, enfin que les rapprochements du mariage n'en soient pas incommodés.

Si le pessaire est bien indiqué, et si l'indication est bien remplie, il procure un soulagement notable et ne cause aucune gêne. Dans le cas contraire, on doit ou bien achever la cure des lésions inflammatoires encore imcomplète avant de replacer le pessaire, ou bien choisir un autre modèle.

Des injections antiseptiques, faites matin et soir, suffisent à maintenir l'asepsie du pessaire en place. Après chaque époque menstruelle, on retirera l'appareil pour le nettoyer à fond s'il n'est pas altéré ou le changer s'il s'était un peu incrusté de sels calcaires.

Le temps pendant lequel un pessaire doit être porté est assez variable suivant les cas. Il est d'usage, surtout dans les rétrodéviations, de les laisser en place pendant cinq à huit mois. Quand on suppose que les ligaments ont repris assez de tonicité, on retire le pessaire et on examine le malade au bout d'une quinzaine de jours. Si, alors, la déviation n'a pas de tendance à se reproduire, il est probable que le résultat sera définitif.

Avant que l'on connût exactement la position physiologique de l'utérus, on a imaginé un certain nombre de pessaires à antéversion. Aujourd'hui, ces pesssaires ne présentent aucun intérêt, car ils sont inutiles si l'antéversion est mobile et par conséquent, normale, et inapplicables si l'antéversion est fixe, auquel cas, c'est à la mobilisation bi-manuelle, déjà décrite précédemment, que l'on devra recourir.

(*A suivre.*)

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## CONGRÈS DE MOSCOU

*Section d'obstétrique et de gynécologie.*

### DE LA SYMPHYSÉOTOMIE.

M. H. Varnier, de Paris. L'agrandissement momentané du bassin par la symphyséotomie a pour résultat de ramener le taux de la mortalité fœtale, dans les cas de bassin vicié, au taux de la

mortalité fœtale qui suit l'extraction artificielle dans les bassins normaux.

Cet agrandissement ne donne lieu à aucune hémorrhagie, à aucune lésion des symphyses postérieures capables de compromettre la vie ou la santé de la paturiente. Les lésions de l'urètre et de la vessie sont exceptionnelles. Il y a lieu de croire que le forceps n'y est pas étranger.

Pratiquée antiseptiquement sur une femme non infectée, la symphyséotomie ne fait pas courir plus de dangers que les autres interventions obstétricales. En dehors des complications accidentelles, indépendantes du mode d'intervention, la mortalité chez les femmes symphyséotomisées reconnaît pour cause principale la septicémie à porte d'entrée utéro-vaginale.

La symphyséotomie est suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite. Il n'est nullement démontré, il est douteux qu'elle agrandisse le bassin pour l'avenir. Une symphyséotomie guérie par première intention n'apporte aucune gêne, aucun trouble dans les accouchements ultérieurs. L'opération peut, sans difficultés et sans inconvénients, être faite plusieurs fois chez la même femme.

Il ne faut pas songer à obtenir par les procédés de Phénoménoff et de Franck, de Cologne, sauf peut-être pour les bassins cyphotiques, un agrandissement définitif suffisant.

Il y a indication à la symphyséotomie chaque fois que, l'enfant étant vivant, la dilatation complète, les membranes rompues, les efforts d'expulsion insuffisants par suite de disproportion des dimensions fœtales et maternelles, le calcul démontre qu'un écartement pubien ne dépassant pas 7 centimètres donnera un bassin osseux de dimensions largement suffisantes pour l'extraction du fœtus sans traumatisme.

On ne saurait poser en principe que la symphyséotomie doive être réservée aux bassins viciés au sens absolu du mot. Elle doit être le mode de traitement de la dystocie par excès de volume physiologique du fœtus et par certaines présentations vicieuses dans les bassins normaux. La symphyséotomie doit remplacer, dans le traitement des viciations pelviennes courantes, l'accouchement prématuré provoqué, l'extraction forcée par forceps ou version, l'embryotomie sur l'enfant vivant. La pelvitomie est le seul procédé efficace d'agrandissement du bassin. L'étude cada-

vérique mathématique prouve que l'attitude à la Walcher est incapable de produire les résultats annoncés par son auteur et acceptés sans contrôle par trop de nos confrères.

Au point de vue des indications particulières de la symphyséotomie, les bassins viciés doivent être classés en deux groupes :

*Les bassins symétriques*, quelle que soit la cause qui ait réduit les dimensions des diamètres transverses du détroit inférieur.

L'appréciation du siège et de l'étendue du rétrécissement y est facile ; le calcul de l'agrandissement éventuel possible y est aisé à faire d'après les tableaux connus.

Ces bassins, de beaucoup les plus communs, sont le domaine, par excellence, de la symphyséotomie.

*Les bassins asymétriques.* Vu leur atypie, la rareté des pièces fraîches sur lesquelles l'expérimentation serait possible, la difficulté d'une appréciation quelque peu exacte de la viciation des diamètres obliques, ces bassins semblaient a priori devoir former une classe à part. Les faits démontrent cependant qu'il y a lieu de les diviser en deux catégories.

*a*) Les bassins à asymétrie plus ou moins prononcée résultant uniquement de coxalgie non étendue au sacrum, de luxation coxo-fémorale unilatérale congénitale, de déviations scoliotiques, rachitiques ou autres.

*b*) Les bassins asymétriques par arrêt de développement d'un aileron sacré et synostose sacro-iliaque concomitante.

Pour les bains de la catégorie *a*, l'asymétrie est un facteur négligeable. Ces bassins valent, au point de vue de la symphyséotomie, ce que vaut un bassin symétrique de même viciation antéro-postérieure ou transverse.

Pour les bassins de la catégorie *b*, bien que la symphyséotomie soit capable, dans certains cas, de permettre l'extraction d'un enfant vivant et non blessé, il n'est pas prudent d'y recourir, et c'est soit à l'ischio-pubiotomie, soit à l'opération césarienne conservatrice ou radicale qu'il faut s'adresser.

La symphyséotomie doit borner son rôle à l'agrandissement du bassin osseux. Il est dangereux d'y recourir dans le but d'aider à la dilatation des parties molles. Il est irrationnel d'y recourir dans les cas de dystocie causée par tumeurs des parties molles.

Outre les contre-indications tirées de la nature de la viciation

pelvienne, il y a lieu de se demander s'il ne convient pas d'en ajouter d'autres tirées de l'état de santé du fœtus ou de la mère, au moment où surgit l'indication.

On a dit : « Il y a contre-indication à la symphyséotomie lorsque la vie du fœtus est compromise soit par la longue durée du travail, soit par des interventions antérieures, etc. » En théorie, cela est parfait. En pratique, cela ne veut rien dire. Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, tant qu'on entend les bruits du cœur fœtal, de dire si la vie du fœtus est ou non compromise. Aussi, en dehors d'une malformation dûment constante, la cessation des bruits du cœur doit être la seule contre-indication admise.

On a dit aussi : « L'infection du tractus génital est une contre-indication à la symphyséotomie, parce que la plaie symphysienne, même antiseptiquement faite et non communicante, et les foyers traumatiques créés au niveau des symphyses sacro-iliaques s'infecteront secondairement. » La pratique a montré que ces craintes n'étaient pas fondées. Et, si nous considérons l'infection du tractus génital comme une contre-indication à la symphyséotomie, c'est uniquement par crainte d'une communication directe possible avec la plaie opératoire. La cellulite pelvienne suppurée, qui en est la suite forcée, est évidemment un danger de plus ajouté à ceux, prédominants, qui résultent de l'infection du tractus génital.

La difficulté pratique est de reconnaître à sa période latente cette infection du tractus génital.

Nous sommes conduits, par l'étude de nos observations, à considérer comme contre-indication à la symphyséotomie la fièvre existant chez les parturientes au moment où se pose la question d'intervention.

---

### DE LA MÉDICATION THYROÏDIENNE APPLIQUÉE AUX PHÉNOMÈNES CONGESTIFS DES ORGANES GÉNITAUX FÉMININS.

M. Jouin, de Paris. La médication thyroïdienne appliquée au traitement des états congestifs du pelvis et à la cure des fibromes de l'utérus est une découverte d'origine française.

Cette médication toujours favorable mérite de prendre place dans la thérapeutique à côté de tous les agents décongestionnants et en particulier de l'électricité.

Elle agit particulièrement de la façon la plus heureuse sur l'élément hémorragique.

Grâce à elle, on peut obtenir la guérison complète et définitive des hémorrhagies purement fonctionnelles si tant est qu'il en existe, et même des hémorrhagies qui relèvent de lésions simples et bénignes (ménopause, flexions, versions, etc.).

Elle arrête toujours l'évolution des fibromes, en amène souvent la régression et permet d'obtenir la guérison des cas simples et soumis prématurément à cette médication.

---

CONTRIBUTION A LA THÉRAPIE DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DANS LA GROSSESSE.

Mme V. Antouchovitch, de Orlov, Gt de Viatka. La ressemblance des symptômes des vomissements incoercibles de la grossesse et de ceux observés chez les animaux privés de sel dans leur nourriture (c'est-à-dire nourris d'albumine contenant le moins possible de sels de K et de Na) est très remarquable.

De bons résultats ont été obtenus dans ces cas (vomissements incoercibles) par l'administration de mélanges salins à grandes doses. La guérison est obtenue dans quelques jours. On n'observe pas de récidives. Ordinairement l'auteur prescrit à la fois le mélange salin de Botkine, du phosphate de chaux, du sel de Glauber et des bromures.

Maurice Faure.

(*La Médecine moderne.*)

---

DE L'EXPLORATION EXTERNE.

M. Léopold (de Dresde), *rapporteur*. — L'expérience m'a montré que dans les accouchements normaux on peut très bien se passer du toucher vaginal et se borner à l'exploration externe, laquelle fournit des indications obstétricales suffisantes. Il y aurait donc lieu, afin d'éviter les infections puerpérales, de s'abstenir autant que possible de l'exploration interne dans les accouchements normaux, pour n'y avoir recours qu'en cas de dystocie, et encore dans la mesure strictement nécessaire.

Pour que l'exploration externe puisse vraiment donner des renseignements précis sur la position et la présentation, il faut

quelle soit pratiquée systématiquement et qu'elle comprenne les quatre temps suivants :

Le premier consiste à promener la paume des mains sur la face antérieure de l'utérus jusque vers le fond de cet organe pour apprécier le volume de la matrice et la position (verticale ou transversale) du fœtus.

Dans le second temps, l'accoucheur glisse les deux mains le long des bords de l'utérus, ce qui permet de reconnaître la situation du dos de l'enfant.

Dans un troisième temps, on cherche à saisir entre le pouce et l'extrémité du médius de la même main la partie fœtale située près du détroit supérieur du bassin.

Enfin, dans le quatrième temps, l'accoucheur enfonce l'extrémité des doigts dans les parties latérales de la cavité pelvienne et parvient ainsi à déterminer la partie fœtale qui se présente, même lorsqu'elle est située profondement.

M. Pinard (de Paris), *co-rapporteur*. — L'exploration externe, appelée encore attouchement, toucher abdominal, palpation externe et plus communément aujourd'hui *palper abdominal*, constitue pour l'art obstétrical l'un des plus puissants moyens d'investigation.

Ce mode d'exploration, connu depuis un temps immémorial, n'a commencé à être employé fructueusement que vers le commencement de ce siècle ; mais c'est seulement dans ces vingt dernières années que son étude s'est complétée et que son application méthodique a permis d'obtenir des résultats qui autorisent à proclamer la nécessité de son emploi chez toute femme enceinte.

Facile à enseigner et à apprendre, facile à pratiquer, le palper abdominal est le moyen d'exploration qui guide le mieux dans le diagnostic de la grossesse, normale ou compliquée, simple ou multiple, utérine ou ectopique.

Certains diagnostics (grossesses triples, hydrocéphalie etc.), n'ont pu être posés d'une façon affirmative que depuis son application méthodique.

Pendant la grossesse, il détermine dans nombre de cas les indications opératoires prophylactiques et curatives.

Durant le travail, bien que donnant encore des résultats pré-

cieux, son importance le cède à celle de l'exploration interne : toucher vaginal, digital ou manuel.

Au cours de la délivrance, sa puissance reparaît et est égale à celle de l'exploration interne, mais à des moments différents.

Enfin, pendant les suites de couches, le palper abdominal doit seul renseigner dans les cas physiologiques et l'on ne doit y joindre l'exploration interne que dans certains cas pathologiques.

---

### KYSTE MUCO-DERMOÏDE DE L'OVAIRE.

MM. Boursier et E. Monod (de Bordeaux). — Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de kystes muco-dermoïdes de l'ovaire.

On a souvent confondu l'étude de ces kystes avec celle des dégénérescences malignes des kystes dermoïdes. Ils doivent être étudiés à part ; néanmoins, il faut savoir que les kystes muco-dermoïdes peuvent subir des dégénérescences malignes. Ces tumeurs sont très rares et n'ont jamais été diagnostiquées cliniquement.

Dans notre premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt et un ans, portant une tumeur sous-ombilicale, plus développée à droite, régulière et fluctuante, qui fut diagnostiquée kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Le ventre ouvert, la ponction du kyste donna issue à 1 litre de liquide filant, après quoi la tumeur fut facilement énucléée, sauf un lobe inférieur, inclus dans le ligament large, qui fut décortiqué. La guérison se fit sans incident.

La tumeur était formée par un kyste multiloculaire, composé de trois grandes poches communiquant entre elles et pleines de liquide filant. A la partie inférieure existait une quatrième poche plus petite, à contenu pilo-sébacé, tout à fait indépendante des premières.

L'examen histologique démontra que les cavités à liquide filant avaient une paroi fibreuse revêtue d'une mince couche de cellules cylindriques caliciformes ; la petite cavité à contenu pilo-sébacé offrait tous les caractères des kystes dermoïdes avec un épithélium pavimenteux stratifié.

Notre deuxième observation a trait également à une femme de vingt et un ans, qui fut prise le 7 janvier dernier d'une rétention

d'urine ; le médecin appelé découvrit une tumeur abdominale. Cette tumeur était arrondie, bosselée, résistante et élastique. On porta le diagnostic de tumeur ovarienne, et la malade fut opérée le 22 janvier. Le kyste mis à nu, la ponction évacua 500 grammes de liquide puriforme sale. La tumeur fut facillement énucléée, le pédicule lié et rentré. L'opérée sortit guérie de l'hôpital le 14 février.

La tumeur, du volume d'une tête de fœtus à terme, présentait une grande cavité autour de laquelle étaient groupées un grand nombre de petites poches secondaires, presque toutes indépendantes. La paroi de la grande cavité était épaisse, et par places indurée, cartilagineuse et même osseuse. La grande poche et la plupart des petites renfermaient de la matière pilo-sébacée, quelques-unes un liquide mucoïde épais.

A l'examen histologique, toutes les cavités à contenu pilo-sébacé apparurent nettement dermoïdes avec un épithélium pavimenteux stratifié ; plusieurs cavités mucoïdes étaient tapissées par un épithélium cubique stratifié, dermoïde lui aussi. Quelques petites cavités seules se montraient revêtues d'une couche unique de cellules caliciformes : les plus petites d'entre elles étaient au sein d'un stroma en dégénérescence muqueuse ; le reste des parois kystiques se trouvait nettement fibreux.

Le développement de ces tumeurs est diversement interprété. Les uns, avec le professeur Lannelongue, y voient le résultat de l'enclavement des différents tissus de l'embryon. Les autres, avec Waldeyer, Répin, etc., admettent une sorte de parthénogenèse et les font dériver de certaines cellules germinatives. Peut-être pourrait-on incriminer l'épithélium de l'ovisac ou l'ovule ?

Enfin, quand de petits kystes mucoïdes apparaissent dans un stroma à dégénérescence muqueuse, ne pourrait-on y voir de simples cavités mucoïdes analogues aux kystes mucoïdes du nez ou du larynx ?

---

### PÉRINÉORRHAPHIE PENDANT LES SUITES DE COUCHES.

M. S. Kholmogrov (de Moscou). — Nombre d'accoucheurs estiment que le laps de temps compris entre le second et le vingtième jour après l'accouchement constitue une mauvaise période pour suturer les déchirures du périnée. Cependant l'expérience m'a montré que les déchirures périnéales, lorsqu'elles sont sutu-

rées pendant les suites de couches, peuvent se cicatriser d'une façon parfaite.

Il n'est donc point nécessaire, dans les cas où la réunion n'a pas été faite quelques heures après le travail, d'attendre pour pratiquer cette opération la fin de la période puerpérale, de même qu'il n'y a aucun inconvénient, si une première suture du périnée n'a pas réussi, à en appliquer aussitôt une autre, à moins de contre-indications spéciales.

J'ajouterai que l'abrasion de tissu granuleux à la curette tranchante et même les opérations autoplastiques sur le périnée ne sont nullement dangereuses pendant les suites de couches.

(*Semaine médicale.*) Dr Maurice Cazin (de Paris).

---

LA SÉROTHÉRAPIE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE.

M. V. Wallich (Paris). — Les chiffres de la morbidité et de la mortalité observés dans une statistique importante n'ont pas été sensiblement modifiés par l'institution méthodique de la sérothérapie à l'aide du sérum de Marmorek, employée concurremment avec les moyens ordinaires de traitement local et général de l'infection puerpérale.

---

LES MÉLANGES SALÉS DANS LE TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE.

Mme V. Antouchevitch (Orlov. g-t Viatka) a trouvé une analogie entre les symptômes des vomissements incoercibles de la grossesse avec ceux observés chez les animaux privés de sel, c'est-à-dire nourris d'albumine. Le fait semble être confirmé par les bons résultats obtenus dans les vomissements incoercibles par l'administration de mélanges salins à hautes doses. La guérison s'établit en quelques jours. On n'observe pas de récidives. Ordinairement, l'auteur prescrit à la fois le mélange salin de Botkine, le phosphate de chaux, le sel de Glauber et les bromures.

---

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES PAR LE MASSAGE.

M. J. Geoffroy (de Paris) est arrivé à constater que ces vomissements étaient dus à une contracture réflexe du tube digestif,

pylore, duodenum, mais plus particulièrement de l'angle ilio-pelvien du côlon.

La contracture du pylore et du duodenum étant elle-même secondaire et résultant de celle de l'angle ilio-pelvien du côlon, c'est sur ce dernier point qu'il faut agir.

Un massage doux, que l'auteur désigne sous le nom de *palpation prolongée*, permet de reconnaître cet état d'hyperesthésie et de contracture, et on constitue aussi le traitement; son action est certaine et rapide. En une, deux ou trois séances, très courtes, il calme l'hyperesthésie, fait cesser la contracture. La disparition de ces phénomènes entraîne celle des vomissements dont ils étaient la cause, et la guérison s'établit ainsi rapidement. L'auteur rapporte plusieurs observations concluantes à l'appui.

---

### TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE PAR L'ÉLECTRICITÉ.

M. J.-P. Nédorodoff (Moscou). — La grossesse extra-utérine, au début, doit être soignée par l'électricité et ceci jusqu'à trois mois de son évolution.

Pour ce qui est de la grossesse extra-utérine dégénérée en hématosalpinx et n'ayant pas dépassé trois mois, l'électricité a paru à l'auteur être le seul traitement non chirurgical possible.

Les autres cas sont du domaine de la chirurgie.

---

### NOUVELLE MÉTHODE D'HYSTÉROPEXIE.

M. Charles Beck (New-York) propose une nouvelle méthode d'hystéropexie. Voici en quoi elle consiste :

1er *Temps*. Ouverture habituelle de l'abdomen ; une petite incision suffit.

2e *Temps*. Saisir l'utérus avec une pince de Museux, l'attirer hors de la cavité péritonéale. Choisir un ligament rond (ou bien les deux). L'isoler soigneusement du péritoine au moyen d'une sonde cannelée, après avoir pratiqué deux incisions superficielles dans une partie de sa longueur en commençant à deux pouces de son insertion utérine.

3e *Temps*. Attirer autant que possible le ligament au dehors au moyen d'une aiguille et suturer le péritoine au-dessous de manière à laisser le ligament pour ainsi dire à cheval sur celui-ci.

Suturer de même les aponévroses et les muscles sous le ligament qu'on maintient toujours tendu. Au besoin, on fait passer ces points de suture au travers du ligament. La suture musculaire achevée, alors seulement, on laisse le ligament reposer sur ce plan.

4e *Temps*. On achève l'opération en suturant la peau et l'aponévrose superficielle.

M. Ch. Beck a fait trois fois l'essai de cette nouvelle méthode sur des malades avec prolapsus utérin. Pas un de ces cas n'a été suivi de la moindre réaction. La paroi abdominale reste intacte et il n'y a aucun indice de hernie. De nouvelles observations seront encore nécessaires pour établir les indications précises de l'emploi de ce nouveau mode opératoire. Son auteur le recommande comme une opération facile et qui fournit à l'utérus un support d'une solidité parfaite, tout en lui laissant sa mobilité. Le seul inconvénient de cette opération est l'obligation d'avoir recours à une laparotomie.

A la séance du mois de mars de la Société gynécologie de New-York, le professeur von Ramdohr s'est prononcé en faveur de cette méthode qu'il a essayée avec succès sur l'une de ses malades souffrant d'un prolapsus utérin.

---

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE CONTRE L'HÉMATOMÉTRIE DE LONGUE DATE.

M. Felipe Margarito (Barcelone). — Dans l'hématométrie de longue date il se produit une hypertrophie du tissu conjonctif utérin avec dégénération du tissu musculaire qui rend impossible son retour à l'état normal. Le péritoine qui recouvre un utérus atteint d'hématométrie est le siège d'une activité qui fait qu'il adhère aux organes voisins ; c'est ce qu'on observe aussi dans les tumeurs bénignes de l'abdomen.

Si on donne passage au sang par la voie vaginale, la diminution partielle de volume de l'utérus que cet acte détermine, produit la descente de l'utérus et des organes auxquels il adhère, ce qui occasionne une perturbation dans la fonction de ces organes et produit de violentes douleurs.

Seule l'hystérectomie abdominale, combinée au drainage vaginal, permet la section des adhérences, remet en place les organes déplacés (coudures des intestins, des uretères). Elle rend la

guérison sûre et prompte. En agissant différemment, il est impossible de fermer la grande cavité qui reste dans l'utérus après son ouverture dans le vagin, et d'éviter les infections secondaires.

---

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PÉRITONITE AIGUE PURULENTE.

M. Crestovich (de Salonique) présente quelques observations de péritonite aiguë purulente et conclut que le traitement rationnel de cette variété de péritonite doit être l'intervention chirurgicale pratiquée le plus tôt possible.

Les ponctions exploratrices doivent précéder l'opération pour permettre de constater la nature de la péritonite.

La guérison parfaite est très possible, si les malades ont recours à temps au chirurgien et si celui-ci intervient promptement. Les insuccès sont dus en grande partie à une intervention chirurgicale tardive.

---

# REVUE DE LA PRESSE

## HÉMORRAGIE DU PLACENTRA PRÆVIA OU HÉMORRAGIE DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ (1) ?

Par le docteur P. Puech,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

### I

Il est entré dans le service de la clinique obstétricale une femme en travail, à l'occasion de laquelle nous avons eu à nous poser une intéressante question de diagnostic.

Cette jeune femme, âgée de vingt et un ans, primigeste, sans autres antécédents qu'une fièvre typhoïde, survenue à l'âge de huit ans, est enceinte de sept mois environ. La menstruation, à l'ordinaire régulière et abondante, s'est montrée pour la dernière fois du 10 au 18 avril ; et avec la suppression des règles n'ont pas tardé à se produire les phénomènes qui accompagnent habituellement une grossesse.

Jusqu'à ces trois dernières semaines, la grossesse a paru évoluer d'une façon très normale ; mais, depuis cette époque, la malade a

(1) Leçon faite à la Clinique d'accouchements.

remarqué que ses pieds et ses jambes s'enflaient notablement, et que les membres inférieurs étaient devenus le siège de formillements très désagréables ; depuis lors aussi, elle se plaint de maux de tête et éprouve, à certains moments, la sensation d'une constriction à la partie inférieure de la poitrine.

De toutes ces manifestations elle ne se préoccupait guère, lorsque le 13 novembre, à six heures du matin, elle fut prise, étant au lit, et sans cause appréciable, d'un écoulement de sang par les organes génitaux. Cette perte, assez abondante pour obliger la malade à se garnir, est constituée par du sang liquide et des caillots. A dix heures et demie, le ventre devient dur et douloureux ; les douleurs se font surtout sentir dans la région des reins et ne tardent pas à se rapprocher de plus en plus, au point de devenir presque continues.

Convaincue dès lors qu'elle est menacée d'accoucher bientôt, notre femme quitte Cette, son domicile habituel, et arrive à Montpellier à une heure de l'après-midi, après un trajet de trois quarts d'heure en chemin de fer. Elle se fait transporter aussitôt à la clinique, où nous la voyons peu après son entrée.

Aprés avoir recueilli les renseignements qui précèdent et fait pratiquer la toilette antiseptique des régions génitale et péri-génitale, nous avons procédé à l'examen direct de la parturiente.

L'état général est excellent : au pouls, ni petit, ni dépressible, on compte 70 pulsations ; la peau et les muqueuses n'offrent pas de décoloration ; pas de tendance aux syncopes.

Au niveau des malléoles, la pression de l'index détermine facilement la production d'une empreinte, indice de l'infiltration œdémateuse.

Par l'orifice vulvaire s'écoule un peu de sang ; cet écoulement augmente au moment de la contraction utérine, et il s'y mêle alors quelques petits caillots. A considérer les linges qui garnissaient la femme et la chemise dont elle était revêtue lors de son entrée dans le service, l'hémorragie paraît avoir été assez abondante.

En portant la main sur le ventre, on est frappé tout d'abord par la dureté grande de l'utérus. On en délimite facilement les contours ; son fond remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Mais, par contre, il est impossible d'apprécier d'une façon exacte la disposition de l'ovoïde fœtal : nous avons cru sentir la tête au niveau du détroit supérieur, sans pouvoir, toutefois, catégoriquement l'affirmer. Au cours de cette exploration, rendue difficile par l'état de tension

permanente de l'utérus, la femme accuse une douleur des plus vives chaque fois que la main arrive sur la région latérale gauche de l'organe. Elle crie d'ailleurs d'une façon à peu près continue, les contractions utérines ne lui laissant guère de repos.

L'auscultation ne nous a pas permis d'entendre les bruits du cœur du fœtus ; du reste, la femme déclare ne plus sentir les mouvements de l'enfant, perçus encore le matin même, lorsque l'hémorragie a commencé.

A travers le col effacé et dilaté comme une pièce de deux francs, on sent la poche des eaux presque constamment tendue, et, derrière elle, point de partie fœtale. Ce n'est qu'en portant le doigt très haut, dans le cul-de-sac antérieur du vagin, que l'on arrive à sentir la tête fœtale, encore au-dessus du détroit supérieur. On cherche vainement le promontoire qui reste inaccessible. Le doigt est retiré couvert de sang et de quelques petits caillots noirâtres.

A quoi fallait-il rapporter cette hémorragie et les diverses particularités que nous venons de relater ?

La première pensée qui pouvait assez légitimement se présenter à l'esprit était d'incriminer l'insertion basse du placenta, le placenta prœvia. Outre que l'insertion du placenta sur le segment inférieur constitue de beaucoup la cause la plus commune des hémorragies survenues au cours de la grossesse, nous trouvions dans le cas présent quelques-uns des caractères appartenant aux hémorragies qu reconnaissent cette cause.

C'est d'abord le mode d'apparition de l'hémorragie qui, sans cause appréciable : coup, chute, effort ; sans être annoncée par des phénomènes précurseurs, surprend brusquement la femme en plein repos au lit ; — c'est l'époque où l'hémorragie est survenue, septième mois de la grossesse : vous savez, en effet, que si l'hémorragie due à l'insertion basse du placenta peut se montrer à toutes les époques de la grossesse et même est cause assez fréquente d'avortement, elle s'observe surtout dans les trois derniers mois ; — c'est encore la marche de cette hémorragie, ne s'accompagnant d'aucune douleur, silencieuse pendant les quatre premières heures qui ont suivi son apparition, et, lorsque les contractions se déclarent, devenant plus abondante au moment où l'utérus se resserre sur son contenu. — Enfin, d'autre part, le défaut d'engagement de la tête fœtale, en l'absence de toute pelviviciation pouvait être mis sur le compte de la présence du placenta au niveau du segment inférieur.

Néanmoins, l'exploration intra-utérine de la partie inférieure de l'œuf ne nous avait pas permis de reconnaître à quelques cotylédons la présence du placenta au voisinage de l'orifice cervical, ni de sentir l'épaississement rugueux qu'offrent les membranes lorsqu'on se rapproche de leur insertion placentaire. Et en même temps, nous faisions d'autres constatations très importantes, puisque c'est grâce à elles que, repoussant l'idée d'un placenta prævia, j'ai cru devoir m'arrêter au diagnostic que m'ont entendu porter ceux d'entre vous présents à l'examen et à l'accouchement de cette femme : hémorragies par décollement prématuré du placenta inséré.

Entre la paroi utérine et le placenta inséré dans une région autre que le segment inférieur, il peut se faire, en effet, un épanchement de sang plus ou moins considérable, qui constitue ce que les auteurs ont décrit sous les noms d'hémorragies rétro-placentaires, d'hémorragies internes de l'utérus gravide, d'hémorragies latentes ou occultes, d'hémorragies du placenta normalement inséré.

Signalées par Guillemeau et Louise Bourgeois, observées par Mauriceau, Peu, Levret, Puzos, bien décrites par Baudelocque, ces hémorragies ont été niées par Mme Boivin et Mme Lachapelle, et plus près de nous par Stoltz. Il n'est plus possible, à l'heure actuelle, d'en contester la réalité : les travaux de Braxton-Hicks, de Goodell, de Pilat, de Brunton, de Coë, de Mme Henry, les observations publiées par des accoucheurs d'une grande autorité, enfin, les belles pièces anatomiques recueillies par Winter et MM. Pinard et Varnier, ont mis hors de doute l'existence des hémorragies inter-ultro-placentaires.

Après être épanché entre les parois de l'œuf et celles de l'utérus qu'il sépare dans une certaine étendue, le sang peut rester accumulé dans l'espèce de loge que forme l'œuf demeuré adhérent à l'utérus autour de la collection ; il y a alors hémorragie interne. D'autres fois, le sang, continuant son œuvre de décollement, se fraie un chemin jusqu'au niveau du col et s'écoule en plus ou moins grande abondance au dehors ; avec l'hémorragie interne coïncide une hémorragie externe ; il y a hémorragie mixte. — C'est à cette seconde variété que nous avions à faire, en admettant que notre diagnostic fût exact.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

---

### COMPLICATIONS INFECTIEUSES DES FIBROMYOMES UTÉRINS.

(Eugène DAMAS, *Th. de Lyon*, 1896).

Du travail de M. Damas, il résulte que dans tous les cas connus, les recherches bactériologiques sur les fibromyomes y ont décelé les microbes. Ces microbes de formes variées sont des staphylocoques, des streptocoques, un streptobacille. La seule forme constante a été le streptocoque. La virulence de ces microbes est faible. Les animaux inoculés meurent de septicémie à assez longue évolution, ou guérissent après quelques jours. Etant donné, d'une part, l'existence de complications infectieuses dans l'évolution des fibromes, à la suite des traitements opératoires et dans le cas de grossesses compliquant des corps fibreux et d'autre part l'existence des microbes, il est permis de voir un rapport entre ces deux ordres de faits. Le fibrome doit être considéré comme infecté par les chirurgiens et les accoucheurs. Les microbes des fibromes paraissent être de simples parasites pouvant reprendre une virulence plus grande : ils viennent sans doute pour une faible part de la circulation et pour la plus grande part de la cavité cervicale et du vagin. TOUVENAINT.

---

### DE L'ALBUMINURIE DES FEMMES ENCEINTES.

Par M. le professeur PINARD (clinique Baudelocque).

L'albuminurie n'est pas une maladie, c'est un syndrome. La femme enceinte dont les urines renferment de l'albumine est en imminence de maladie, et cette maladie c'est l'éclampsie. Mais ce n'est pas affaire de plus ou moins d'albumine, car la quantité de cette substance ne permet pas de dire si la femme aura ou non de l'éclampsie.

Quelle est donc la cause de l'éclampsie ? A Saint-Pétersbourg, on a voulu la voir dans le carbonate d'ammoniaque. En réalité on l'iguore. Les convulsions sont très probablement produites par des poisons différents, puisque dans certains cas elles s'accompagnent d'hypotermie, et que dans d'autres elles se montrent avec une température normale ou même d'hypothermie. Du reste les foyers de l'élaboration dans l'économie des poisons convulsivants ne sont-ils pas divers ? L'insuffisance du foie ne peut-elle comme celle du rein produire des convulsions.

On a prétendu que l'albuminurie gravidique n'apparaissait que dans les trois derniers mois de la gestation, sans doute, c'est la généralité, mais il y a des exceptions, et l'on conçoit qu'il en soit ainsi puisque

les vomissements, qui accusent une véritable auto-infection se montrent dès le début de la grossesse.

De même on dit souvent que l'albuminurie gravidique, une fois produite, persiste jusqu'à la fin de la gestation et disparaît quelques heures ou quelques jours après l'accouchement. Ceci est encore vrai, mais pas toujours.

On sait depuis longtemps que l'albuminurie de la mère exerce une action fâcheuse sur les fœtus qui souvent succombe ou présente un développement au-dessous de la normale. Mais là encore, il faut établir une distinction, car l'albuminurie peut être due à une lésion rénale antérieur à la grossesse, au travail de l'accouchement, ou à l'auto-intoxication gravidique. C'est cette dernière qui est particulièrement grave pour le fœtus parce qu'elle favorise l'avortement ou l'accouchement prématuré et produit dans la placenta des hémorragies qui en diminuent la surface utile.

Il est acquis aujourd'hui qu'il y a un rapport entre l'intensité de l'albuminurie et les lésions du placenta. Ces lésions du placenta albiminurique sont caractérisées non pas par les infarctus blancs de Fehling mais par les foyers hémorragiques intraplacentaires, qui se font dans les tissus des villosités. Ces foyers hémorragiques n'appartiennent nullement à l'organisme fœtal et ce sont eux qui, en déterminant le décollement prématuré du placenta, tuent le fœtus. Cependant, l'hémorragie intra-placentaire peut devenir assez considérable pour compromettre la vie de la mère.

L'infarctus blanc, lui, n'est que le reste d'un foyer hémorragique ancien. En effet, ce foyer est constitué, au début, par une cavité remplie de sang liquide. C'est la lésion primitive. Puis le sang se coagule et présente d'abord l'aspect de la gelée de groseille ou de cassis. Peu à peu, l'infarctus perd sa coloration foncée; la matière colorante du sang disparaît et l'infarctus devient successivement couleur chocolat, puis jaune et enfin présente la coloriation spéciale de l'infarctus blanc. Quant aux lésions vasculaires, qui sont la cause des hémorragies placentaires, elles portent aussi primitivement sur les vaisseaux de la mère.

Les lésions placentaires sont variables : tantôt l'infarctus est limité par le tissu villeux normal, tantôt par la caduque. Les villosités qui entourent l'infarctus sont plongées dans l'espace sanguin on dans la masse fibrineuse ; dans le premier cas, elles sont peu lésées, dans

le second, elle présente des lésions très accusées qu'ils peuvent aller jusqu'à l'atrophie.

Pour M. Pinard ces foyers hémorragiques sont si caractérisques de l'albuminurie que l'examen de placenta présentant ces lésions lui a permis de reconnaître une albuminurie qui avait passé inaperçue. Réciproquement par la constatation de l'albumine dans les urines il a pu diagnostiquer une hémorragie placentaire.

---

HYSTÉROSCOPIE. SON INSTRUMENTATION. SON MANUEL OPÉRATOIRE. SES RÉSULTATS ACQUIS.

(COGREL. Thèse, Paris, 1896.)

L'endoscopie utérine n'a pas, jusqu'ici, été d'un grand secours en clinique. Se basant sur quelques examens pratiqués avec M. Clado dans le service de M. Duplay, l'auteur préconise vivement cette méthode d'examen.

Dans sa thèse, l'auteur étudie successivement : 1° l'instrumentation ; 2° le manuel opératoire ; 3° les résultats.

*Instrumentation* : l'hystéroscopie comprend deux actes : observer un point quelconque de la cavité utérine avec l'hystéroscope : éclairer ce point à l'aide d'un appareil optique.

Certains appareils optiques sont séparés du tube hystéroscopique ; d'autres peuvent, à volonté, en être séparés ou lui être réunis.

Les premiers portent le nom de photophores frontaux : ils sont fixés à la tête de l'opérateur et se meuvent avec elle.

Les seconds (photophores de Gasper et de Leiter) consistent en un manche de caoutchouc vulcanisé, tenu à la main, portant une lampe à incandescence et un anneau pour l'abouchement avec le tube hystéroscopique.

Les hystéroscopes sont des spéculums cylindriques à tambour ou à pavillon, pouvant s'aboucher avec les photophores de Gasper et de Leiter (ils constituent, dans ce cas, un ensemble instrumental qu'on peut appeler électro-hystéroscope). Lorsqu'on se sert, au contraire, d'un photophore frontal, ils sont forcément séparés de lui, l'abouchement n'étant pas possible. A chaque tube hystéroscopique correspond un mandrin particulier.

Les autres tubes sont composés de deux valves (hystéroscopes bivalves). Ils ne possédent, comme longueur, que celles de l'utérus. Ils canalisent la lumière comme les premiers, et, en outre, distendent

la cavité de la matrice. Ne devant s'aboucher avec aucun photophore, ils peuvent être employés avec n'importe quel appareil optique.

*Technique opératoire.* Avant de pratiquer l'hystéroscopie, il est nécessaire de dilater la cavité utérine avec des tiges de laminaire pendant une douzaine d'heures environ.

Le premier temps de l'opération consiste à abaisser l'utérus, à moins de contre-indications tirées de l'état pathologique de cet organe.

Dans un second temps, on introduit l'hystéroscope dans la matrice. Dans un troisième temps, on emmanche, s'il y a lieu, le spéculum dans l'appareil optique. Enfin, on observe, en suivant certaines règles.

L'examen peut-être entravé par la douleur, des contractions utérines, des impuretés qui envahissent le tube.

Les différents appareils optiques ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients ; il en est de même des hystéroscopes.

La méthode, en elle-même, a des avantages incontestables sur tous les autres modes d'exploration utérine.

*Résultats.* Les résultats obtenus jusqu'à présent ont consisté, d'après l'auteur, surtout dans l'apport d'une précision plus grande au diagnostic de plusieurs cas de métrites, des corps étrangers de la matrice et de tumeurs utérines.

TOUVENAINT.

---

DES HYSTÉROPEXIES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL.

(L. DEMELIN. In Obstétrique du 15 septembre 1896.)

L'hystéropexie (Trélat-Pozzi) est une opération qui a pour but de fixer l'utérus déplacé aux parties voisines : paroi abdominale, vagin, vessie, symphyse pubienne.

L'opération peut se faire par la voie sus-pubienne (pexies supérieures) ou par voie vaginale (pexies inférieures).

L'auteur se borne à étudier l'influence que peut avoir l'hystéropexie au point de vue obstétrical.

### A. *Hystéropexie sus-pubienne.*

La fixation de l'utérus à la paroi abdominale est dite *directe* lorsque le corps utérin lui-même est fixé à la paroi abdominale antérieure, et *indirecte* lorsque le fond et la paroi antérieure de l'utérus étant

respectés, ce ne sont que les bords qui sont attachés à la paroi abdominale antérieure.

Enfin, certains chirurgiens fixent non seulement le corps, mais aussi les ligaments ; c'est là le procédé dit de fixation *mixte*.

L'hystéropexie peut, dans une certaine mesure, être accusée d'interrompre la grossesse ; ce serait surtout le procédé de fixation indirecte qui serait dangereux (46 % d'accident), la fixation directe n'ayant à son passif que 26 à 27 % d'accidents.

Quant aux douleurs et aux hémorrhagies pendant la grossesse, elles semblent être plus fréquentes chez les femmes hystéropéxiées.

L'élévation de l'utérus, conséquence de l'hystéropexie, a une influence sur l'engagement de la partie fœtale qu'elle retarde et sur la rupture prématurée des membranes qu'elle favorise.

Quant aux contractions utérines, leurs caractères et leurs effets sont sensiblement modifiés : du côté de la paroi abdominale, on voit se former une dépression au moment de la contraction, tandis que les tiraillements exercés sur le muscle utérin par la bride cellulo-fibreuse, créée par l'opération, sont susceptibles de provoquer l'inertie utérine.

Mais il y a des cas où la fibre utérine semble surexcitée et si on tient compte de l'amincissement particulier dont l'organe est le siège, conçoit la possibitité de rupture.

Dans la grande majorité des cas de délivrance est normale ; l'inertie utérine seule est à redouter pour la raison que nous avons indiquée plus haut.

Les suites de couches, habituellement normales, présentent cependant quelques cas de subinvolution utérine.

Que devient l'utérus après l'accouchement ?

Sur 49 cas où l'exploration a été pratiquée : 27 fois l'utérus a été trouvé adhérent à la paroi abdominale, 16 fois l'utérus a été trouvé en bonne place, mais sans adhérences perceptibles ; enfin 6 fois la rétroversion se produisit.

L'étude directe de l'utérus révèle une différence notable entre ses deux parois, la paroi attachée en avant étant solide et épaisse, tandis que la postérieure est très amincie.

Quant aux adhérences utéro- pariétales, créées par l'opération, elles subissent le ramollissement gravidique, ce qui explique la possibilité en général d'un bon accouchement. Cependant il est des cas de dystoxie qui montrent que l'hystéropexie peut avoir des conséquences

fâcheuses sur la marche de l'accouchement et, comme nous le savons d'ailleurs, sur l'évolution de la grossesse.

Ces troubles de la gestation et les faits de dystocie semblent se présenter quand les conditions suivantes seront réunies :

1° Fixation solide par une cicatrice étendue en largeur et en hauteur.

2° Antéversion marquée consécutive à l'attache de l'utérus en un point bas placé de la paroi abdominale.

Suppuration ou infection des points de sutures qui, fort probablement supprimant l'élasticité du tissu cicatriciel, le rend inapte au ramollissement gravidique.

Quant à un traitement à instituer durant la grossesse il n'est pas nécessaire : tout se passant en général naturellement.

B. *Hystéropexie vaginale.*

Nous trouvons ici des opérations *extra* et *intra-péritonéales* ; elle vaginale antérieure, mais tandis que dans les premières on soulève le cul-de-sac vésico-utérin, dans les secondes, au contraire, on comprend dans l'incision : non seulement le cul-de-sac vaginal antérieur, mais aussi le repli péritonéal vésico-utérin. D'ailleurs, le pronostic de la grossesse diffère, suivant que l'un ou l'autre procédé a été employée : en effet, tandis que chez les femmes qui ont subi l'opération intra-péritonéale, les grosses présentent 68 % d'accidents, chez celles qui ont subi l'opération extra-péritonéale, le nombre d'accidents tombe à 15 %.

Si maintenant on compare l'hystéropexie abdominale à la colpo-hystéropexie, on verra que l'anomalie principale à la suite de l'hystéropexie sus-pubienne est l'inertie (fréquente des applications de forceps et des hémorrhagies), tandis qu'après la colpo-hystéropexie ce sont surtout les avortements ou, si la grossesse arrive à terme, les troubles provenant de l'élévation de la partie fœtale (fréquence des présentations de l'épaule, des procidences du cordon, et des versions qui en résultent).

En résumé, la colpo-hystéropexie expose à beaucoup plus de dangers que l'hystéropexie abdominale, aussi bien pendant la grossesse que pendant l'accouchement.

Paul Parisot.

---

UN CAS D'INFECTION TYPHOÏDE INTRA-UTÉRINE

La perméabilité du placenta *sain* pour les bactéries est encore loin d'être définitivement établie, et même les expériences faites dans le but d'élucider cette question ne sont pas tout à fait concordantes. Cependant, au point de vue pratique, la question est plutôt résolue car des cas d'infection du fœtus par la mère ont été constatés et il n'y a pas alors à savoir si le placenta est dans ces cas sain ou non, ce qui n'offre qu'un intérêt plutôt théorique et est parfois assez difficile à résoudre.

Les cas d'infection typhoïde intra-utérine authentique ne seraient, d'après Dürk, qu'au nombre de 5, il ne s'agit toujours que d'infection sanguine du fœtus, mais pas de fièvre typhoïde proprement dite. Un cas analogue est rapporté par M. V. Kolli dans les *Wrotchebnia Zapiski.*

Une femme de 21 ans, enceinte de 5 mois, est entrée à l'hôpital, avec les symptômes classiques de fièvre typhoïde, au 2e septénaire. Dix jours après son entrée elle avorta de deux fœtus du sexe féminin dont un mort et l'autre qui présentait encore quelques mouvements. Les deux fœtus et le placenta furent examinés le lendemain. Le foie du fœtus mort-né était en dégénérescence graisseuse très prononcée et sa rate très infiltrée. Les ensemencements faits aseptiquement avec le foie et la rate de l'autre fœtus donnèrent des cultures caractéristiques du bacille d'Eberth, avec la réaction de Widal ; le foie et la rate du premier fœtus n'ont pu être ensemencés, mais à l'examen microscopique on y reconnaissait également de nombreux bacilles d'Eberth.

Tous les autres organes des deux fœtus y compris l'intestin n'offraient aucune altération.

Le placenta semblait être également normal et non altéré.

---

ETUDE SUR LA GLANDE VULVO-VAGINALE ET SES ABCÈS

(Dujon Victor, *Th. de Paris*, 1897)

Presque toujours la bartholinite est blennorrhagique. Rarement elle a pour cause une autre affection, par exemple : bartholinite puerpérale. D'après les examens de M. Dujon, on trouve toujours le gonocoque dans le pus d'une bartholinite (1re attaque). Il y est seul quand l'abcès n'est pas ouvert, et peut être associé dans le cas d'ouverture de l'abcès par le conduit excréteur ou une fistule. Dans les cas de bartholinite récidivante ou trouve un peu souvent le gonoco-

que et la plupart du temps les autres microbes de la suppuration (staphylocoques, streptocoques, bacterium coli). Le pus de la bartholinite est habituellement sans odeur. Exceptionnellement il est fétide, dans le seul cas que M. Dujon ait observé la fétidité était due à un bacille anaérobie. L'infection est toujours ascendante et semble se faire par la voie canaliculaire. Le traitement de choix de la bartholinite est l'incision immédiate, et l'extirpation au bout d'une semaine.

---

### L'INFLUENCE DE LA MENSTRUATION SUR L'EXCRÉTION DE L'ACIDE URIQUE.

M. Ed. Laval, médecin militaire, montre l'influence que peut exercer sur l'excrétion de l'acide urique la menstruation. Le second jour de l'établissement des règles, au moment où l'écoulement est le plus accusé, apparaît une diminution brusque de l'acide urique dans les urines. Le lendemain, le taux se relève un peu pour, le jour suivant, dépasser le taux normal de l'excrétion. Ensuite cette excrétion reprend son cours régulier. L'effet produit par l'écoulement menstruel sur l'excrétion de l'acide urique est donc assimilable à celui que produirait une véritable hémorragie et il ne revêt aucun caractère particulier redevable aux phénomènes d'activité génitale qui se passent dans l'organisme de la femme à ce moment. (*La France méd.*)

---

### HYDROPISIE DU FŒTUS ET DE LA MÈRE PAR REIN GRAVIDIQUE.

Par Adolphe Weber (d'Alsfeld).

La malade est une femme de 42 ans, très vigoureuse, qui a eu onze grossesses. Le fils aîné a 18 ans et est bien portant ; le deuxième et le troisième enfants sont morts de diphtérie ; le quatrième venu au monde avec présentation du siége est mort deux jours après la naissance ; la cinquième et la sixième grossesses se terminèrent par un avortement ; le septième enfant est mort-né ; les huitième, neuvième, et dixième grossesses se sont terminées par des accouchements avant terme. Les enfants n'étaient pas viables.

Le 25 mars 1896, la malade est venue à la consultation pour un œdème considérable des jambes et de la vulve. La grosseur de l'utérus est celle d'un utérus gravide de neuf mois. La tête et le siége sont durs et font supposer un enfant vigoureux et à terme ; les mouvements de l'enfant sont très perceptibles.

Malgré le repos au lit, le régime diététique, l'emploi de la digitale,

l'œdème ne diminue point ; au contraire les mains et l'abdomen enflent de plus en plus. La madale est très tourmentée par des douleurs dans le creux de l'estomac.

Le 31 mars, à 10 heures du matin, la malade entre en travail.

Le bassin était très large et, comme il n'y avait qu'une grossesse unique, l'obstacle à l'accouchement ne pouvait provenir que de l'enfant lui-même.

La main de l'accoucheur introduite a pu constater que le corps de l'enfant était très volumineux. Il a fallu renoncer à une ponction qui aurait été indiquée dans le cas d'ascite.

Ce n'est qu'après de longs efforts pendant lesquels l'enfant mourut, qu'on put retirer celui-ci. Les jambes étaient en disproportion avec le tronc, la tête et les bras. Malheureusement l'autopsie de l'enfant ne put être pratiquée.

Après l'accouchement, l'œdème de la malade diminua rapidement.

(*Centralblatt für Gynaekologie*, 29 août 1896.)

---

### COLIQUES HÉPATIQUES DE LA PUERPÉRALITÉ.

Quoique les observations de colique hépatique puerpérale soient rarement publiées, la cholélithiase est loin d'être aussi rare pendant la période puerpérale qu'on aurait pu le croire. M. Eiermann en publie une observation dans la *Munch. med. woch.*

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, primipare, ayant eu, 15 jours avant l'accouchement, de la bronchite, des œdèmes et un peu d'albuminurie sans que ces troubles aient cependant nécessité une intervention très active. En dehors de ces accidents actuels, la parturiente était toujours très bien portante. L'accouchement se prolongeant trop longtemps on fut obligé de recourir au forceps. La période puerpérale évoluait normalement et les œdèmes disparaissaient, lorsque le 5e jour après l'accouchement la malade fut subitement prise de frissons et de douleurs très violentes dans la région hépatique s'irradiant à tout l'épigastre et au dos et s'accompagnant de pâleur extrême, de légère élévation thermique et de fréquence considérable du pouls. L'intensité de la douleur spontanée et l'absence de la douleur à la pression des autres régions de l'abdomen imposaient le diagnostic de colique hépatique. Le lendemain ce diagnostic fut confirmé par l'apparition de l'ictère, par la présence de pigments biliaires dans les urines et une légère décoration des fèces. On n'a pas trouvé de

calculs 23 jours après, l'ictère se dissipa et tous les autres troubles disparurent.

Ce qu'il y a surtout d'intéressant à noter c'est que la malade n'a jamais eu de coliques ni avant, ni après cet accouchement.

Un des collègues de l'auteur, M. Cottschalk, a observé en ces 10 dernières années 9-10 cas analogues où les malades n'avaient également eu de coliques que pendant la période puerpérale ; chez l'une d'elles ces coliques sont revenues à la seconde grossesse après avoir complètement disparu pendant la période intermédiaire.

Pour Müller la grossesse et la période puerpérale semblent favoriser la production de coliques. Skutsch pense que les modifications de la pression intra-abdominale qui se produisent après l'accouchement peuvent favoriser l'élimination des calculs de la vésicule biliaire ; mais dans ce cas il faut admettre que les calculs existaient déjà.

Pour Eiermam la filiation serait la suivante. Les modifications de la circulation, produites pendant la grossesse grâce à la pression exercée par l'utérus gravide, entravent de plus en plus l'écoulement de la bile ; la stase qui en résulte amène soit l'ictère, soit la cholélithiase. Après l'accouchement les causes de la gène circulatoire disparaissent, la pression intra-abdominale change, les voies biliaires redeviennent perméables et s'il s'est formé des calculs ils sont éliminés.

Le diagnostic peut parfois être très difficile, surtout si l'ictère fait défaut et si le tableau clinique des coliques est incomplet.

Le pronostic et la thérapeutique sont les mêmes que dans les autres cas de cholélithiase.

(*Médecine moderne*).

---

### SUR LA SÉCRÉTION INTERNE DE L'OVAIRE.

(CURATULO. *Annali di Ostetricia et Gynécologia*, n° 10, 1896)

L'auteur, qui consacre à cette question un très long et très complet travail, arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° L'ablation des ovaires exerce une influence considérable sur le métabolisme organique.

2° La quantité des phosphates éliminés par les urines est notablement diminuée après la castration. En effet, cette diminution n'est due ni à l'élimination, qui reste la même avant et après l'opération, ni à la diminution du pouvoir absorbant de l'intestin, car les conditions dans lesquelles se trouve le tube gastro-intestinal sont les mêmes après et avant la castration.

3° La courbe de l'azote, après l'ovariotomie, déterminée soit d'après la méthode de Kjeldahl, soit d'après celle d'Yvon, présente une légère oscillation, sans tendance bien nette à l'élévation ou à l'abaissement.

4° Après la castration, la quantité de l'acide carbonique éliminé par la respiration et celle de l'oxygène absorbé diminuent considérablement jusqu'à une certaine limite, à partir delaquelle elles restent stationnaires.

5° Chez les animaux castrés, la courbe du poids s'élève progressivement jusqu'à atteindre des proportions considérables cinq à six mois après l'opération.

6° Lorsqu'on fait des injections sous-cutanées de suc ovarique à une certaine dose à des chiennes castrées, la qnantité des phosphates éliminés par les urines, qui avait diminué considérablemeut après l'opération, tend à augmenter et à devenir même supérieure à celle qu'on avait constatée avant l'opération ; lorsqu'on pratique des injections à des doses encore plus fortes, la quantité des phosphates augmente d'une façon tout à fait notable. Cette augmentation n'est pas proportionnelle à la quantité des phosphates contenue dans le suc ovarique injecté.

L'hytérectomie, faite conjointement avec l'ovariotomie, ne paraît pas déterminer des modifications autres que celles qu'on constate après une castration simple.

L'auteur termine son travail en formulant la théorie suivante :

« Les ovaires, comme les autres glandes de l'économie animale, ont suivant la doctrine générale de Brown-Séquard, une sécrétion interne spéciale. Ces glandes déversent continuellement dans le sang un produit particulier dont la composition chimique est complètement ignorée et dont les propriétés essentielles consistent à favoriser l'oxydation des substances organiques phosphorées, des hydrates de carbone et des graisses.

Il en résulte que, lorsque la fonction des ovaires n'existe pas, soit parce qu'on a pratiqué une ovariotomie, soit parce que ces organes ne fonctionnent pas comme cela arrive avant la puberté et à l'époque de la ménopause, il doit se produire, d'un côté, une rétention considérable de phosphore organique, d'où accumulation plus grande des sels calcaires dans les os, et, d'un autre côté, l'engraissement très manifeste qu'on note ordinairement après la castration ou après la ménopause. »

(*Rev. internat. de méd. et de chir.*) TOUVENAINT.

---

SUR LE PRONOSTIC ACTUEL DE L'EXTIRPATION DU CANCER DU SEIN

Par M. K. Joerss.

Ce travail contient l'exposé des recherches que l'auteur a entreprises pour élucider la génèse des récidives locales après les opérations de cancer du sein. Dans ce but, M. Joerss a pratiqué un examen histologique minutieux du tissu adipeux du creux axillaire dans 8 cas de carcinome de la mamelle : 6 fois ces recherches ont été sans résultat ; chez 2 malades seulement il a été possible de constater un envahissement du système vasculaire par le néoplasme. Dans un de ces deux cas cependant, les embolies carcinomateuses siégaient dans de petits vaisseaux situés au voisinage d'un ganglion cancéreux ; dans l'autre, il s'agissait d'un vaisseau l'ymphatique du tissu adipeux, rempli de cellules néoplasiques qui faisaient irruption dans un vaisseau voisin.

Il résulte donc de ces recherches qu'en dehors des ganglions lymphatiques, le tissu adipeux du creux axillaire n'est que très peu imprégné de cellules cancéreuses, et que la source principale des récidives locales se trouve dans le tissu rétro-mammaire, où M. Heidenhain et M. Stiles ont découvert de nombreuses métastases microscopiques dans un tissu macroscopiquement sain. C'est en se basant sur ce fait que M. Heidenhain a proposé, il y a quelques années, de toujours enlever, au cours de l'extirpation du cancer du sein, une partie du grand pectoral, sinon le muscle en entier.

M. Joerss compare ensuite les résultats obtenus à la clinique de M. Helferich, à Greifswald, par la méthode perfectionnée de Heidenhain, avec ceux que fournissait la méthode employée jusqu'en 1890. Toutes les malades ont été observées pendant trois ans au moins après l'intervention. Si l'on a pu constater, dans les cas opérés d'après l'ancienne méthode, des récidives locales dans 57.9 °/₀ des cas, ce chiffre est tombé à 40 °/₀ par suite de l'introduction du procédé de M. Heidenhain. Cette amélioration n'est certainement pas due à une gravité moindre des cas opérés à partir de l'année 1890, car le pourcentage des guérisons radicales à légèrement diminué depuis cette époque, nombre de malades ayant succombé à des métastases viscérales.

Les résultats obtenus par d'autres chirurgiens qui ont opéré selon la méthode de M. Heidenhain sont encore plus favorables. C'est ainsi que M. Rotter compte 2 récidives locales et 6 guérisons radicales sur 10 opérations ; deux de ses malades sont mortes sans avoir présen-

té des récidives locales. M. Watson Cheyne a même enregistré 12 guérsons radicales sur 21 opérations ; 3 de ses malades seulement ont eu des récidives locales et 6 ont succombé sans récidives. Si l'on considère que les meilleures statistiques accusent en moyenne 66.8 % de récidives locales, on n'hésitera pas à reconnaître la supériorité de l'excision plus ou moins complète du grand pectoral sur l'ancienne méthode moins radicale. (*Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, XLIV, 1-2 et *Semaine méd.*)

---

# BIBLIOGRAPHIE

—

I. La **Revue de Psychiatrie (médecine mentale, neurologie, psychologie)** passe entre les mains du Dr Toulouse, médecin de l'asile de Villejuif. Nous souhaitons à ce journal, rajeuni par notre savant et distingué confrère, tout le succès qu'il mérite.

II. **La cure de Marienbad (Bohême)**, par le Dr Wolfner.

III. **Spectroscopie du sang ; sémiéologie**, par le Dr Hénocque. (Extrait du traité de pathologie générale.)

IV. **Traitement du syphilome primitif et de l'influence de celui-ci sur le développement ultérieur de la maladie**, par le Dr Louis Sibert, ancien interne de Saint-Lazare. Paris, 1897.

V. **Etude des cornets acoustiques par la photographie des flammes de Kœnig**, par le Dr Marage.

VI. **L'évidement pétro-mastoïdien appliqué au traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche**, par le Dr Aristide Malherbe. (Extrait de la *Revue de Chirurgie*, juin 1897.)

VII. **La boxe française (théorie nouvelle en vingt-cinq leçons), avec 28 photogravures intercalées dans le texte**, par le Pr Albert Paris. (Société d'éditions scientifiques, 1896.)

VIII. **Traitement de la blennorrhagie**, par le Dr Delefosse. Paris, Coccoz, 1897.)

Le traitement de la blennorrhagie est une des questions les plus actuelles. Nombreuses ont été et sont encore les publications sur ce sujet depuis la découverte du gonocoque de Neisser. Les études des gynécologues et des vénériens ont montré tout le danger du contage blennorrhagien chronique pour la femme, et avec la question « syphilis et mariage » se pose de plus en plus celle « blennorrhagie et mariage ».

L'importance du traitement de la blennorrhagie n'est donc pas à discuter, et l'auteur en a passé en revue les diverses méthodes. La blennorrhagie chez l'homme occupe la plus grande partie de l'ouvrage : blennorrhagie aiguë, avec la discussion du traitement abortif, des méthodes de

Janet ; traitement de la blennorrhagie déclarée ; méthodes d'injection, de lavage sans sonde, avec sonde, etc. ; usage du permanganate de potasse, du nitrate d'argent, etc., y sont bien exposées. La blennorrhagie chronique occupe une bonne part de l'ouvrage et le traitement en est bien discuté ; puis le traitement général ; vient ensuite la blennorrhagie chez la femme. Enfin, l'auteur donne un formulaire pratique des médicaments nouvellement employés dans la blennorrhagie.

Ce livre est écrit par un homme qui non seulement a beaucoup lu, mais a beaucoup pratiqué. C'est donc en complète connaissance de cause que l'auteur y discute et critique les diverses méthodes, et son livre, écrit au point de vue de la pratique, sera lu avec profit et avec intérêt.

(*Rev. de thér. méd. chir.*) E. CHEVALIER.

IX. **The menopause**, by Andrew F. CURRIER (New-York).

X. **Morphinomanie et morphinisme**, par le Dr PAUL RODET. Paris, Alcan, 1897.

Nous nous associons à l'analyse suivante de M. Dallemagne, publiée dans la *Clinique de Bruxelles* :

Après le livre de Chambard écrit dans une langue colorée chatoyante, le travail que M. Paul Rodet vient de faire paraître à la librairie Alcan est ce que la littérature scientifique compte de plus intéressant à lire en matière de morphinisme.

Et l'ouvrage de M. Rodet a sur celui de Chambard la supériorité d'une mise au point plus récente et surtout l'avantage de fournir à la pratique médicale des données positives, des indications très nettes répondant à toutes les nécessités professionnelles.

L'auteur débute par quelques mots d'historique, très succincts, mais très complets ; et à leur sujet on reste stupéfait et même inquiet de l'avenir, en relisant que les débuts de l'injection morphinique ne remontent guère au delà de 1859, quarante années ont suffit pour généraliser la méthode, créer une maladie nouvelle et apprendre à l'humanité un des moyens les plus sûrs pour en finir progressivement avec l'existence !

L'auteur distingue alors d'après Magnan le morphinisme et la morphinomanie, laissant à cette dernière expression la signification de besoin morbide de morphine ; quelque chose comme l'obsession et l'impulsion morbides, syndrômes épisodiques de la dégénérescence. Il propose le terme de morphinisés pour les malades rendus morphiniques par suite d'une intervention thérapeutique prolongée. L'étude de la prédisposition fournit à l'auteur l'occasion de montrer l'appoint que la vie moderne apporte à l'œuvre néfaste du poison. Car il existe ailleurs que dans les romans l'homme du monde, aimable et brillant, spirituel jusqu'au paradoxe, tenant sous le charme le salon tout en cercle, et qui doit ce miraculeux vernis, cette exhubérance aussi factice que passagère à la petite seringue poussée rapidement au moment d'endosser le frac et de mettre le gardenia à la boutonnière.

L'auteur étudie ensuite la propagation de la morphinomanie ; et à ce sujet il formule pour les médecins pharmaciens, etc., des règles de conduite que chacun devrait lire et méditer. Car nous ne devons pas nous le cacher, le malade est souvent amené au seuil du morphinisme par son propre médecin et notre facilité à délivrer des ordonnances « *à renouveler* » jointe à la facilité plus grande encore des pharmaciens à renouveler

indéfiniment, finit par faire le reste ; nous sommes malheureusement assez sévèrement châtiés de notre légèreté, car selon la statistique de l'auteur les médecins forment à peu près 40 p. c. des morphinomanes ; il est vrai qu'il ne faudrait pas voir là dedans la fameuse justice immanente aux choses de la terre, car les pharmaciens, au moins aussi coupables que les médecins, ne payent à la morphinomanie qu'un impôt qui ne va guère au delà de 3 p. c.; en chiffres précis 3.2, juste le pourcentage des étudiants en médecine sacrifiant à la petite seringue.

Nous signalons ensuite dans l'ouvrage de M. Rodet une étude synthétique, très résumée, mais qui nous a paru remarquablement complète, de la chimie du morphinisme ; puis un chapitre tout neuf et très original qui est une sorte de physiologie comparée du morphinisme étudié sur le singe, le chien, le rat blanc, le chat et le cheval.

La symptomatologie du morphinisme est traitée avec tous les développements nécessaires et beaucoup de méthode.

L'auteur étudie d'abord les troubles du système nerveux à la période d'euphorie, puis successivement aux périodes marquées par les altérations des facultés, de la sensibilité générale, de la sensibilité sensorielle et de la motricité. Chacun des appareils est passé en revue avec le même souci des subdivisions et du détail, dans cet esprit très pratique qui atteste une expérience attentive. Après quelques considérations sur les accidents possibles, l'auteur clôt ce chapitre par la description de la marche et des terminaisons du morphinisme.

A ces considérations font suite une description des perturbations provoquées dans les principaux appareils de l'économie par l'abstinence morphinique ; l'auteur suit dans cette description l'ordre adopté précédemment dans l'exposé symptomatologique ; il insiste surtout sur les inconvénients d'une suppression trop brutale du toxique en même temps que sur les impulsions et les déterminations violentes que cette soustraction inconsidérée peut occasionner.

Cet examen n'est du reste que l'introduction à un chapitre exclusivement consacré aux considérations médico-légales auxquelles la morphinomanie et le morphinisme ne se prêtent que trop, comme on sait. L'auteur étudie dans ce chapitre les divers moyens usités pour dissimuler la fatale passion ; il marque les procédés propres à déjouer ces tentatives. Il examine la responsabilité du malade au cours même de son morphinisme, dans l'état d'abstinence et dans l'état de demi-abstinence. Il s'attache ensuite à déterminer la capacité civile des morphinomanes, à résoudre les questions relatives à l'assurance sur la vie.

Puis en prenant la responsabilité dans son autre sens, il montre les inconvénients de tous genres auxquels s'expose le pharmacien qui délivre de la morphine inconsidérément.

Après quelques lignes concernant le pronostic qui n'est du reste sans rémission et sans grâce que pour les médecins — toujours le mot de l'écriture — l'auteur aborde le chapitre du traitement. Et ce chapitre, qui est sans contredit pour le praticien le chapitre utile, est écrit avec une préoccupation très sérieuse des besoins de notre profession. L'auteur insiste surtout sur une sorte de succédané thérapeutique de la morphine et qui lui aurait donné des résultats encourageants : la napelline.

Nous désirons terminer cette courte notice et résumer notre opinion en répétant ce que nous disions au début de ces lignes : Le livre de M. Rodet

vaut les plus attachants ouvrages publiés sur la nature et il les dépasse tous par son caractère essentiellement pratique.

JULES DALLEMAGNE.

XI. **La Bourboule et ses indications**, par le Dr MÉNEAU. Paris, Masson, 1897.

XII. **Les poussières atmosphériques. Leur circulation dans l'atmosphère et leur influence sur la santé**, par J.-R. PLUMANDON, météorologiste à l'observatoire du Puy-de-Dôme.

Dans ce petit livre de 130 pages, M. Plumandon a résumé tout ce qui a été découvert dans les dernières années sur les poussières atmosphériques. Il expose d'abord, dans la première partie, les récentes expériences qui ont établi le nombre infini des poussières, et il prouve que celles-ci ont des origines diverses qui peuvent les faire classer en *poussières cycloniques*, *volcaniques*, *ignées*, *marines*, *industrielles*, *végétales*, *animales*, *cosmiques*.

Après avoir distingué encore les *poussières vivantes* ou *microbes*, il montre, dans la deuxième partie, la circulation générale de toutes ces poussières au sein de l'atsmosphère, les variations que leur nombre subit sous l'influence des divers éléments météorologistes, et met en relief la quantité effroyable de microbes créés par les grandes villes.

Une troisième partie est consacrée à l'influence physique, physiologique et toxique que les poussières atmosphériques peuvent exercer sur la santé, et particulièrement à l'action pathogène des microbes. Enfin, l'auteur termine par un chapitre sur les *poussières explosives*.

A notre connaissance, la question des **Poussières atmosphériques** n'a pas encore éte traitée, au point de vue de la vulgarisation, d'une manière aussi concise et en même temps aussi complète que l'a fait M. Plumandon. Aussi, nous croyons que son petit volume intéressera tout le monde, même les spécialistes. (*Soc. d'éd. scient.*)

XIII. **Le médecin et les merveilles de la médecine contemporaire**, par le Dr DÉCUGIS. Paris, Soc. d'édit. scient., 1897.

XIV. Vient de paraître : **Gynécologie clinique et opératoire**, par le docteur SCHMELTZ, de Nice, avec une préface de M. le professeur Aug. REVERDIN (de Genève), avec 84 figures intercalées dans le texte.

Cette publication est précédée d'une préface de M. le docteur Reverdin, de Genève. « Ce livre, dit le professeur, classe en décrivant sans phrases longues, les instruments, les méthodes qui paraissent les meilleures à l'auteur. Le praticien y trouvera sans peine des renseignements utiles et précis et la description des procédés les plus nouveaux.

« Il existe, sans doute, des ouvrages dans le même genre, mais la gynécologie fait de si rapides progrès que le livre de l'année qui passe est presque vieux déjà, aussi ceux qui tentent de la mettre facile, à la portée du grand nombre, font œuvre utile.

« En résumant sous un petit volume les faits sérieusement acquis à la science gynécologique, en les anlaysant et en tirant de sa propre expérience des conclusions vécues, l'auteur ne peut manquer d'intéresser ses lecteurs. »

La *Topographie des organes pelviens* fait la matière du premier chapitre.

Dans le chapitre suivant il est traité de l'*Examen gynécologique*. On y

passe en revue l'interrogatoire de la malade, sa position pour l'examen, les différentes sortes d'exploration, l'examen instrumental, des urines et la disposition d'une salle d'examen gynécologique.

Le chapitre III a pour titre : *Maladies des organes génitaux de la femme.* L'auteur commence par décrire les *Affections de la vulve* telles que les éruptions, les ulcérations, les différentes sortes d'inflammations, les déchirures du périnée et les tumeurs. La manière d'extirper ces dernières et la périnéorrhapie y trouvent place.

Les affections du vagin, le vaginisme, le prolapsus et les fistules viennent ensuite avec les modes de traitement de ce genre d'affections.

Pour clore ce chapitre, l'auteur parle en détail des *Affections de la matrice*, de ses inflammations, des déviations utérines, de l'hypertrophie, de l'inversion et des tumeurs de cet organe. Il donne les moyens de traitement des métrites aiguës et chroniques par les différents topiques, les injections intra-utérines. Le drainage et la technique du curetage y est exposée d'une façon ample et claire. On y trouve de même les opérations pratiquées sur le col utérin, les procédés d'extirpation des tumeurs utérines et des polypes. Le morcellement des fibromes, l'hystérectomie supra-vaginale et les procédés des différents auteurs, l'hystérectomie abdominale après laparotomie, les derniers procédés d'E. Doyen, communiqués aux Congrès de Bruxelles, de Genève et de Moscou y trouvent une description fidèle et de multiples planches à l'appui. Puis viennent les *Affections des annexes de l'utérus,* la description de l'inflammation des trompes, des ovaires, des tumeurs de ces organes, de la grossesse extra-utérine et de l'hématocèle. Précédemment l'auteur avait déjà parlé de la méthode d'hystérectomie vaginale de Martin et de Doyen pour le cancer utérin. Ici on expose la castration utérine dans le but d'extirper les annexes malades.

Le procédé de Delagénière, du Mans, consistant à enlever les annexes seules ou simultanément avec l'hystérectomie, après laparotomie, y est décrite avec soin. Il en est de même de l'ovariotomie.

Le dernier chapitre est consacré aux *Vices de conformation des organes génitaux*, aux malformations de la vulve, du vagin et de l'utérus.

L'ouvrage est orné de 84 figures qui aident beaucoup à l'intelligence du texte.

Envoi franco contre un mandat-poste de 5 francs, adressé à M. le Directeur de la *Société d'Editions Scientifiques*, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

XV. — **De quelques progrès à réaliser dans l'hygiène des pensionnats,** par le Dr Grellety (de Vichy).

XVI. — **Typhlite et appendicite, leur traitement par les eaux de Chatel-Guyon,** par le Dr Couchon.

XVII. — **Le bain salin chaud au début et dans certaines formes de la phtisie pulmonaire,** par le Dr Boudin. Paris, 1897.

XVIII. — **Notes sur l'hygiène respiratoire cutanée et de la deuxième enfance dans les villes,** par le Dr Auguste Duviard. Paris, 1897. Société d'Editions scientifiques.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**113. — Des indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du col de l'utérus.** (J. Texier. *Thèse de Bordeaux*, 1897.) — Les indications les plus importantes de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement du cancer de l'utérus seront fournis par l'étendue de la lésion. Il faudra, pour la délimiter, un examen méthodique et très complet. L'hystérectomie est indiquée, quelque minime que soit la lésion. L'envahissement secondaire du corps seul n'est pas une contre-indication ; quand le col est envahi en entier, il faut être très réservé et n'intervenir qu'après s'être assuré de l'intégrité du paramètre, des ligaments larges, des fonctions urinaires et de la facilité probable de l'opération par la mobilité et l'abaissement facile de l'utérus. Enfin, quand on a acquis la certitude que l'épithélioma a dépassé les limites de l'utérus, l'hystérectomie est formellement contre-indiquée.

Les formes anatomiques les plus malignes sont la forme interstitielle et la forme ulcéreuse. Il importe d'être très prudent dans les interventions dirigées contre elles. La forme végétante évolue moins vite et donne des résultats opératoires beaucoup plus favorables.

La marche plus ou moins rapide de la maladie ne donne aucune indication particulière ; tout dépend de l'étendue de la lésion.

Les douleurs localisées au niveau de l'utérus n'ont pas de signification pronostique grave ; les douleurs irradiées ou à distance, quand elles sont fixes et tenaces, sont le plus souvent le résultat d'une propagation du néoplasme. Elles doivent faire pencher en faveur de l'abstention. L'hystérectomie ne les soulage que d'une façon incomplète et passagère.

L'albuminurie est due presque toujours à une néphrite interstitielle consécutive à la compression des uretères : elle est une contre-indication formelle de l'hystérectomie. La simple diminution des principes solides de l'urine rendra le chirurgien méfiant, sans toutefois l'empêcher d'entreprendre une intervention radicale.

Les hémorrhagies sont une indication de l'hystérectomie : ou celle-

ci sera facile et on pourra intervenir presque en pleine hémorrhagie, ou elle s'annonce difficile et pénible ; il faudra d'abord tarir les pertes de sang, tonifier la malade et enlever plus tard l'utérus, s'il en est encore temps.

L'état de l'utérus comporte quelques indications particulières :

*a*. *Grossesse* : Quand la lésion est limitée, extirper l'utérus par le vagin, soit directement, soit après avoir évacué son contenu s'il est trop volumineux par une opération préliminaire (accouchement provoqué, opération césarienne). Si la lésion ne peut être toute enlevée, se borner à des soins médicaux et provoquer l'avortement si l'état de la malade fait supposer que la grossesse ne pourra aller assez loin pour donner un enfant viable ;

*b*. Les inflammations et les déviations de l'utérus bénéficieront de l'hystérectomie vaginale ; c'est une indication qui vient se joindre à celle de l'épithélioma ;

*c*. La coexistence du fibrome et du cancer n'est pas très rare ; les indications se basent sur le volume du fibrome ; quand celui-ci peut être enlevé par le vagin, c'est le procédé de choix ; sinon on l'enlèvera par l'abdomen.

Les lésions annexielles sont rares au cours du cancer du col ; celles que l'on rencontre sont : le cancer secondaire de l'ovaire qui est motif d'abstention formelle ; les affections inflammatoires ne pourront que bénéficier de l'hystérectomie. Les kystes de l'ovaire peu volumineux pourront être extraits par le vagin avec l'utérus : sinon on pratiquera l'ovariotomie par la voie abdominale, soit dans la même séance que l'hystérectomie, soit plus tard.

Les inflammations aiguës du péritoine pelvien contre-indiquent temporairement l'hystérectomie ; les inflammations chroniques l'indiquent au contraire.

Le rétrécissement du vagin, lorsqu'il n'est que peu ou pas dilatable, oblige de recourir à la voie abdominale.

L'état général fournit plusieurs indications :

*a*. Les troubles cachectiques, surtout ceux qui sont dus aux hémorrhagies, bénéficieront de l'hystérectomie ;

*b*. L'âge de la malade ne contre-indique l'hystérectomie que lorsqu'il est très avancé et que la lésion évolue très lentement ;

*c*. Parmi les différentes diathèses, le diabète est le seul dont l'influence soit bien connue ; elle est néfaste et contre-indique formellement l'hystérectomie ;

*d*. Les lésions des principaux organes de l'économie : foie, cœur, etc., sont constantes à une période avancée de la maladie ; mais à la période chirurgicale elles sont peu accusées et très difficiles à reconnaître.

Quand on a les diagnostiquées, elles commandent l'abstention.

***

**114.—Sur le lait stérilisé.** (P. Budin. *Acad. de méd.*, juin, 1897.) — L'Académie se souvient, sans doute, que, en 1893, nous lui avons fait part des excellents résultats que nous obtenions à la consultation réservée aux enfants nés dans notre service ; nous encouragions surtout l'allaitement au sein ; nous donnions aux mères des conseils, nous pesions régulièrement leurs bébés et, quand cela était nécessaire nous donnions gratuitement du lait stérilisé. Nous ne permettions l'allaitement mixte et l'allaitement artificiel que si la mère n'avait pas assez de lait ou n'en avait pas du tout.

Nous pensons, en effet, que le nouveau-né doit être mis au sein, qu'il doit être allaité par sa mère.

Des consultations analogues à celles que nous avions créées à la Charité et depuis à la Maternité ont été organisées dans différents quartiers de Paris, soit par le Conseil général de la Seine, soit par des médecins, MM. Comby et Variot, par exemple. M. Henri de Rothschild en a fondé une semblable à sa policlinique ; il rapporte la façon dont elle fonctionne dans un fascicule intitulé : *Quelques observations sur l'alimentation des nouveau-nés*. Il ajoute à son travail 45 courbes en couleur qui permettent de voir d'un coup d'œil ce que réalise l'emploi de lait stérilisé.

Les consultations des nourrissons pour les classes pauvres sont d'une utilité indiscutable. Leur création s'impose. Le peu de frais qu'elles exigent permettra à la charité publique et privée d'en étendre rapidement les bienfaits.

Je devais vous lire la note qui précède lorsque, hier, j'ai reçu de M. Berlioz, professeur de bactériologie à l'Ecole de médecine de Grenoble, directeur du bureau d'hygiène, son important travail intitulé : *Résultats obtenus à Grenoble par l'emploi du lait stérilisé*. Il s'exprime ainsi :

Les avantages du lait stérilisé chez les enfants nourris au biberon ne sont plus discutés.

On reconnaît que ce lait est capable d'abaisser énormément la mortalité effroyable des enfants allaités au biberon.

Depuis 1894, je fais distribuer, au moyen des crédits qui me sont alloués par le Conseil municipal, du lait stérilisé aux enfants indigents, pendant les mois de juillet, août et septembre.

Le lait est fourni par une laiterie.

Il est stérilisé à l'autoclave à 110° pendant une demi-heure, dans des flacons de 200 à 250 c.c. Ces flacons servent de téterelle. Je constate la stérilité du lait en faisant prélever chaque jour des flacons chez les dépositaires et les plaçant à l'étuve à 37° à mon laboratoire.

Les résultats sont les suivants :

Mortalité par diarrhée des enfants de 0 à 1 an pendant les mois de juillet, août et septembre :

| | Non nourris au lait stérilisé | Nourris au lait stérilisé |
|---|---|---|
| | — | — |
| 1894..... | 66.8 p. 1.000 | 25.6 p. 1.000 |
| 1895..... | 86.9 — | 42.2 — |
| 1896..... | 54.0 — | 16.1 — |
| Moyenne..... | 69.3 — | 27.9 — |
| Différence en faveur du lait stérilisé : | | 41.4 — |

Il importe de faire remarquer :

1° Que la première catégorie comprend aussi bien les enfants nourris au sein que ceux nourris au biberon, tandis que la seconde ne comprend que les enfants au biberon ;

2° Que la première catégorie est composée d'enfants appartenant aux classes non nécessiteuses, tandis que la seconde n'est composée que d'enfants indigents ;

3° Que les enfants décédés par diarrhée et nourris au lait stérilisé étaient déjà malades avant qu'on leur eût donné le lait.

Je crois pouvoir assurer que pas un d'eux n'a été atteint de diarrhée au cours de l'allaitement par le lait stérilisé.

Malgré ces conditions d'infériorité le bénéfice donné par le lait stérilisé est encore de 41.4 pour 1,000 enfants.

Il y a en France environ 700,000 enfants âgés de 0 à 1 an, la diarrhée en emporte au bas mot 50,000.

Le lait stérilisé pourrait abaisser ce chiffre à 20,000, ce qui donnerait un bénéfice annuel de 30,000 enfants.

Ce résultat, j'imagine, n'est point à dédaigner.

Ces résultats confirment ceux que nous avons personnellement publiés à l'Académie et ailleurs, ceux de M. Chavanne, à la Maison de secours de la rue du Chemin-Vert, ceux de MM. Variot, Comby et Henri de Rothschild, dans leurs dispensaires, ceux obtenus dans les crèches par M. Belluze, de Paris, et M. Drapier, de Rethel, ceux enfin pupliés par M. Dufour, de Fécamp, qui a commencé, lui aussi, à distribuer gratuitement du lait stérilisé aux enfants pauvres, en juillet 1894, c'est-à-dire la même année et le même mois que M. Berlioz.

***

**115.— Traitement des vomissements de la grossesse par l'eau oxygénée.** — Notre confrère, M. le Dr P. Gallois, a obtenu dans le traitement des vomissements de la grossesse de bons effets de l'eau oxygénée. On sait qu'un des meilleurs moyens d'arrêter ces vomissements consiste dans les inhalations d'oxygène suivant la méthode de MM. les prof. Hayem et Pinard. Cette méthode n'étant pas facilement applicable à des malades pauvres venant à la consultation de la Charité, M. Gallois eut l'idée de faire prendre à ces femmes de l'eau oxygénée (bioxyde d'hydrogène) à l'intérieur. Il emploie cette substance de la façon très simple que voici :

On met une cuillerée à soupe d'eau oxygénée dans un litre d'eau et les malades prennent cette eau mêlée au vin pendant les repas. D'après les observations qu'il a recueillies à la Charité et qui viennent d'être publiées récemment dans la thèse de M. Briend (1896-97, n° 85), on constate que la guérison a lieu presque immédiatement ; le lendemain ou le surlendemain les malades ne vomissent plus. Lorsqu'il leur arrive d'interrompre l'usage de l'eau oxygénée aux repas, les vomissements recommencent.

Il s'agit, en somme, d'un traitement très simple qui s'est montré jusqu'ici constamment efficace et que l'on peut employer sans danger. La seule recommandation est de se servir de by-oxyde d'hydrogène et non pas d'eau chargée d'oxygène. On la reconnaît au caractère suivant : L'eau oxygénée $H^2 O^2$ doit rouiller presque immédiatement le fer sur lequel on la dépose en dégageant des bulles d'oxygène.

***

**116.—Traitement de la rétention du placenta après l'avortement.** — A la Société obstétricale, M. Schwab a déclaré avoir prescrit la quinine dans 7 cas de rétention placentaire post-abortive.

Donné à la dose de 1 gramme, en 2 cachets de 50 centigrammes pris à 10 minutes d'intervalle, le sulfate de quinine réveille les contractions utérines même dans un utérus gravide de quelques mois seulement.

Le sulfate de quinine est absolument inoffensif ; jamais il ne provoque la tétanisation du muscle utérin. Il ne risque donc pas d'accroître les chances de rétention placentaire. La quinine a produit l'expulsion du placenta en moyenne en 4 1/2 h. environ. L'action de la quinine a été manifeste dans ces cas ; car souvent elle a provoqué des contractions alors que le travail était arrêté depuis plusieurs jours déjà.

Il nous semble donc, dit le *mouvement thérapeutique*, étant donné d'une part que la quinine est inoffensive et d'autre part qu'elle agit souvent efficacement pour réveiller la contraction utérine, que l'administration de 1 gramme de quinine pourra toujours être essayée quand il y a rétention placentaire dans l'avortement, quitte, en cas d'échec, à recourir ultérieurement à une autre thérapeutique : expectation ou intervention active.

Nous croyons, contrairement à notre confrère, qu'à l'heure actuelle la conduite à tenir dans le cas de rétention placentaire, après l'accouchement comme après l'avortement, est tout aussi simple que dans un abcès bien mûr ; pour celui-ci, l'onguent le plus rapide et le plus sûr, c'est le bistouri ; pour la rétention du placenta, c'est l'évacuation de l'utérus avec les doigts, l'écouvillon, la curette. N. C.

(*Journal d'Accouch.*)

***

**117. — Le massage gynécologique dans la position élevée du bassin.** — Le massage à travers les parois du ventre est souvent très difficile à pratiquer chez les femmes qui ne savent pas relâcher leurs muscles abdominaux ou qui sont atteintes d'obésité. Or, en pareil circonstance, les manœuvres massothérapiques peuvent être singulièrement facilitées, d'après M. le docteur O. Beuttner, privat-docent de gynécologie à la Faculté de médecine de Genève,

lorsqu'on place le bassin de la patiente dans la position élevée. Dans ces conditions les muscles de l'abdomen, notamment les muscles obliques, se relâchent même chez les femmes les plus récalcitrantes et les intestins se déplacent vers le diaphragme, de sorte que l'utérus et ses annexes deviennent accessibles à la main de l'opérateur même à travers de parois abdominales très épaisses. Enfin, notre confrère a trouvé que dans la position élevée du bassin le massage gynécologique est moins fatigant pour la malade. (*Sem. méd.*)

***

**118. — Collutoire contre la dentition laborieuse.** — M. Brugeille.

| | |
|---|---|
| Bromure de sodium..... | 0 gr. 50 centigr. |
| Eau de fleurs d'oranger..... | ãã 30 grammes. |
| Sirop d'éther..... | |
| Eau distillée..... | 120 — |

Mêlez. — Usage externe.

Avec ce collutoire on frictionne légèrement les gencives de l'enfant plusieurs fois par jour, après les tétées.

***

**119. — Traitement de la blennorrhagie chez la femme.** — On a utilisé la formaline dans la cure de la blennorrhagie chez la femme.

*Werler* pratique avec succès 4 injections par jour d'une solution de 25 milligr. pour 200 grammes dans le canal de l'urèthre envahi par les gonocoques.

Voici quelques formules destinées à combattre la blennorrhagie :

M. *Finger* préconise les préparations suivantes contre les pollutions dans la blennorrhagie :

| | |
|---|---|
| Camphre..... | 2 décigr. |
| Mixture gommeuse..... | 100 grammes. |

Mêlez. — A prendre toutes les deux heures la valeur d'une cuillerée à bouche.

Ou bien :

| | |
|---|---|
| Lupulin pur..... | 1 gramme. |
| Sucre blanc..... | 2 — |

Mêler et diviser en dix paquets. A prendre trois de ces paquets dans la journée.

Ou bien :

| | |
|---|---|
| Lupulin pur..... | 1 gramme. |
| Chlorhydrate de morphine..... | 5 centigr. |
| Sucre blanc..... | 2 grammes. |

Mêler et diviser en dix paquets. A prendre trois de ces paquets par jour.

Ou encore :

| | |
|---|---|
| Lupulin..... | 1 gramme. |
| Camphre..... | 1 décigr. |
| Extrait de lupulin..... | Q. S. |

Pour faire pilules n° 10. A prendre six par jour.

Ou encore :

| | |
|---|---|
| Poudre de feuilles de digitale..... | 25 centigr. |
| Lupulin..... | 1 gramme. |

Mêler et diviser en deux paquets. A prendre le soir.

Ou encore :

| | |
|---|---|
| Bromure de sodium..... | 10 à 15 grammes. |
| Camphre..... | ãã 5 déc. à 15 cent. |
| Lupulin..... | |

Mêler et diviser en dix paquets. Prendre un de ces paquets matin et soir.

Ou bien :

| | |
|---|---|
| Monobromure de camphre..... | 4 grammes. |

Pour dix cachets. A prendre trois ou quatre cachets par jour.

L'antipyrine a également été vantée dans les mêmes circonstances comme antiaphrodisiaque et prescrite à la dose de 1 à 2 grammes ; de même encore le citrate de cornutine à la dose quotidienne de 6 milligr. en deux prises.

M. *Marmonier* utilise les tiges d'ichtyol dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme. Il introduit chaque jour dans l'urèthre des malades une tige d'ichtyol et dans le vagin un tampon ichtyolé (sauf durant la période cataméniale). Voici le manuel opératoire :

« On se sert d'une tige métallique d'une longueur de 30 centimètres environ et droite, car l'urèthre de la femme décrit une courbure à concavité antérieure si légère qu'il permet l'introduction des instruments droits sans la moindre difficulté.

Une des extrémités de cette tige, plus fine sur une longueur d'environ 8 à 10 centimètres, est creusée de nombreuses encoches et hérissée d'aspérités qui permettent à la ouate dont on va la garnir d'y adhérer fortement et de ne pas rester dans le canal lorsqu'on retirera l'instrument.

La femme étant couchée sur le lit à spéculum ou sur le bord d'un lit, les deux jambes écartées, l'opérateur introduit un doigt dans le vagin, puis, la pulpe tournée en haut, il exerce une pression assez forte sur la cloison uréthro-vaginale en ramenant son doigt en dehors. Il fait sourdre ainsi au méat urinaire le pus contenu dans le canal et se rend compte du degré de la maladie et des effets du traitement. Puis, après avoir fait la toilette de la vulve et lavé soigneusement le vagin avec un liquide antiseptique, le doigt précédant toujours la canule et allant tendre et frotter les moindres replis de la muqueuse, il faut procéder à l'introduction de la tige.

Celle-ci, garnie d'un manchon de ouate à son extrémité rugueuse, est trempée dans le glycéré suivant :

| | |
|---|---|
| Glycérine..... | 5 grammes. |
| Ichtyol..... | 1 gramme. |

Puis, tenant la tige de la main droite comme un porte-plume et, pour plus de sécurité, ayant le pouce et l'index sur l'extrémité du manchon de ouate, on l'introduit dans l'urèthre comme une sonde de femme pendant que la main gauche écarte les lèvres et met à découvert le méat urinaire.

Se rappelant la légère concavité de l'urèthre, si l'instrument, après avoir pénétré un peu, éprouve quelque difficulté à avancer, on abaissera légèrement le manche de la tige et celle-ci pénétrera sans difficulté dans la vessie.

L'ayant introduite d'environ 6 à 7 centimètres, il faut avoir soin de presser vigoureusement sur tout le contour de la paroi uréthrale, de manière à bien déplisser la muqueuse et à mettre le topique en rapport avec toute sa surface.

Enfin il faut introduire dans le vagin un tampon imbibé du même topique. On saisit le tampon dans son sens le plus long entre les deux

branches d'une forte pince et, après l'avoir trempé dans le topique, on l'introduit dans le fond du vagin pendant que l'indicateur gauche déprime le périnée. »

(*Journal d'accouchements*).

***

**120. — Traitement du placenta prœvia.** — M. Hofmeier (de Wurzbourg). — On ne doit donner le nom de placenta prœvia qu'aux cas dans lesquels une partie plus ou moins considérable du placenta recouvre l'orifice utérin alors que le canal cervical est encore fermé. Suivant l'importance de cette partie, le placenta prœvia est dit partiel ou total (central).

Le placenta prœvia se produit pendant la grossesse par suite du développement de l'œuf et de l'extension de la surface placentaire qui envahit la région de l'orifice interne ; mais il est douteux qu'il puisse se produire par l'implantation directe de l'ovule sur l'orifice interne, car les constatations anatomiques et embryologiques connues semblent contre dire la possibilité de cette pathogénie.

Le symptôme capital est l'hémorragie qui se produit lorsque la caduque se sépare ou lorsque ses vaisseaux sont ouverts par le décollement d'un lobe placentaire. L'importance de l'hémorragie ne dépend pas du volume du lobe placentaire détaché.

Le diagnostic est basé sur l'existence de l'hémorragie et la constatation de la présence du tissu placentaire dans le col entr'ouvert. La persistance de l'hémorragie après rupture de la poche des eaux indique le décollement du placenta situé normalement ou tout au moins inséré à la partie supérieure de l'utérus.

Toute la thérapeutique doit tendre à arrêter l'hémorragie. Ce but est tellement primordial que toute considération tirée des chances de survie de l'enfant doit lui être subordonnée.

Le traitement de l'hémorragie par le tamponnement n'est admissible (après désinfection soigneuse du vagin et à l'aide de pièces stériles ou stérilisées) que : 1° pendant la grossesse ; 2° au commencement de l'accouchement, pour gagner du temps, relever les forces de la parturiente et à la condition qu'on puisse la tenir constamment sous la surveillance médicale.

Si le travail de l'accouchement est assez avancé, d'une manière générale, le meilleur traitement consistera à ouvrir largement la po-

che des eaux ; dans les cas simples, on se bornera à cette manœuvre ; dans les cas plus graves on abaissera un pied après avoir fait la version. Autant que possible on abandonnera ensuite l'accouchement aux forces naturelles, sans se préoccuper du sort ultérieur de l'enfant. A l'occasion on pourra dilater les parties molles de la mère pour faciliter l'extraction.

Pendant toutes les manœuvres de l'accouchement on aura soin de soutenir les forces de la mère par les moyens appropriés (injections salines, injections sous-cutanées d'éther et de camphre, lavements de vin, etc.). La période post-puerpérale devra être particulièrement surveillée.

(*Bull. méd.*)

***

**121. — La voie opératoire vaginale en gynécologie.** — M. Dœderlein (de Groningue) (*Septième Congrès de la Société allemande de gynécologie*, tenu à Leipzig du 9 au 11 juin 1897) fait observer qu'il existe deux méthodes opératoires principales : la colpotomie antérieure et la colpotomie postérieure. Veit a, le premier, proposé d'ajouter à ces deux méthodes la colpotomie latérale, qui, après ligature d'un des ligaments larges, permet d'atteindre des organes situés profondément et donne beaucoup de jour au champ opératoire.

M. Dœderlein a employé une seule fois ce dernier procédé pour l'extirpation d'un kyste ovarique du volume d'une tête d'enfant : le procédé a été d'une grande utilité.

Un procédé, distinct de ces colpotomies, venu de France, consiste à pratiquer l'ablation préliminaire de l'utérus sain, dans le but d'arriver aux organes malades. On n'est autorisé à pratiquer cette opération radicale que lorsque tout l'appareil génital (utérus, trompes, ovaires) est atteint, comme dans les cas de gonorrhée ascendante.

Sur un total de 87 colpotomies, M. Dœderlein a été obligé cinq fois de terminer l'opération par la laparotomie.

Pour ce qui est la valeur respective des deux colpotomies, M. Dœderlein préfère la colpotomie postérieure. Il a exécuté 14 fois la colpotomie antérieure et 13 fois la colpotomie postérieure pour pratiquer l'ablation d'annexes atteintes de tumeurs ou lésées de quelque autre façon.

Il a perdu une des opérées du premier groupe, quatre semaines après l'intervention, du fait d'un hématome du volume du poing, sié-

geant dans le ligament large et qui est devenu le point de départ d'une infection généralisée. Dans trois autres cas, il a constaté la formation d'hématomes du ligament large qui se sont résorbés, mais ont beaucoup retardé la guérison.

Du reste, la colpotomie postérieure n'est pas non plus à l'abri de tout reproche. Elle convient surtout à l'ablation des petites tumeurs mobiles facilement morcelables. Si l'hémostase des parois pelviennes n'est pas absolue, M. Dœderlein a recours au tamponnement du Douglas à la gaze iodoformée, qu'il enlève le deuxième ou le troisième jour.

Dans la discussion qui suit cette communication, M. Martin déclare qu'il a fait jusqu'à présent 454 opérations vaginales pour des affections très diverses. Sur ce nombre, il a eu 4 décès. Il ne pratique ces opérations vaginales que pour les tumeurs de petit ou moyen volume, surtout pour les tumeurs mobiles. Il tient avant tout à conserver l'utérus.

M. Chrobak estime que les dangers des opérations vaginales proviennent en grande partie de ce que souvent l'on ne voit pas exactement ce que l'on fait et que l'on peut produire des lésions de l'intestin sans les reconnaître. Cela arrive certainement plus souvent qu'avec la laparotomie, où l'on travaille à ciel ouvert. Sur 87 utérus myomateux qu'il a enlevés par la voie vaginale, il a eu 2 morts, l'une due à l'infection, l'autre à des lésions de l'intestin.

M. Olshausen (de Berlin) constate qu'il y a arrêt dans l'enthousiasme exagéré pour les opérations vaginales ; on en a fait un réel abus. Il a vu des cas où l'utérus devait être enlevé par la voie vaginale, mais il n'a pu intervenir ; dans d'autres, les annexes devaient être enlevées, mais l'utérus seul a été extirpé. Les conséquences éloignées des opérations par la voie vaginale sont souvent sérieuses.

M. Wertheim tient à dire qu'à la clinique de M. Schauta on réserve la voie vaginale pour les petites tumeurs mobiles (kystes dermoïdes, fibromes peu volumineux, petits kystes) ; les fibromes du tissu sous-séreux, du paramétrium ne sont pas favorables à la méthode. On a complètement abandonné l'emploi des pinces, auquel on préfère les ligatures comme étant aussi faciles à appliquer et offrant plus de garanties au point de vue hémostatique.

**122. — Grossesse extra-utérine.** (*Septième Congrès de la Société allemande de gynécologie*, Leipzig, 9 juin 1897.) — M. Rossier (de Lausanne) a opéré à la clinique du Dr Roux, 18 cas de grossesse extra-utérine. Un seul concerne une grossesse dans sa seconde moitié, coexistant avec un kyste de l'ovaire gauche : les deux tumeurs furent enlevées par laparotomie et la malade guérit sans complications. Les autres cas se divisent en 9 grossesses tubaires, 3 grossesses ovariennes, 5 hématocèles rétro-utérines. Toutes ces femmes furent opérées et guérirent, sauf 2. Dans l'un de ces cas, la malade a été emportée par une hémorragie survenue la veille du jour où l'opération devait avoir lieu.

Sur ces 17 cas, la colpotomie fut pratiquée cinq fois : deux fois il fallut la faire suivre d'une laparotomie, dans un cas immédiatement pour arrêter l'hémorragie dont on ne pouvait avoir raison par la voie vaginale, la seconde fois huit jours après la première opération pour insuffisance de drainage. Les trois autres laparotomies concernent des cas où la tumeur siégeait très bas dans la cavité de Douglas.

Deux heures après l'opération, une violente hémorragie nécessita un second tamponnement.

Les malades opérées par laparotomie guérirent plus simplement et plus rapidement : trois purent rentrer chez elles au bout de quinze jours.

La laparotomie semble être l'opération de choix, la toilette du péritoine pouvant se faire avec plus de soin, la séparation des adhérences étant plus facile et moins dangereuse ; après avoir enlevé les caillots, on peut presque toujours refermer le ventre et s'abstenir de drainage ; enfin il est plus aisé par cette voie d'appliquer la méthode conservatrice de Martin, car on a une meilleure vue d'ensemble du champ opératoire. Les désavantages consistent dans l'éventualité d'une laparotomie secondaire et d'une hémorragie post-opératoire.

La colpotomie reste cependant la meilleure méthode lorsqu'il y a déjà des symptômes d'infection.

D'après M. Rossier on peut formuler les règles suivantes relativement aux indications opératoires :

Quand le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé, lorsqu'il y a rupture ou qu'il survient un avortement abdominal, il faut pratiquer immédiatement la laparotomie, et, dans les cas très favorables seulement, la colpotomie.

En présence d'une hématocèle, il est préférable de pratiquer la lapa-

rotomie, parce que dans ce cas l'opération peut être faite avec plus de soin.

En cas d'infection ou de suppuration de l'hématocèle, la colpotomie garde toute sa valeur ; mais on doit conserver l'utérus, si possible.

***

**123. — Traitement du prurit de la vulve.** (*Ejenedelnik.*, n° 4, 1897.) — Nemirowsky décrit deux cas de prurit de la vulve très rebelle qui avait résisté à tous les procédés de traitement habituellement employés.

Les deux cas étaient idiopathiques et l'on pouvait les considérer comme une pure névrose. L'auteur eut recours à la faradisation des régions malades et en a obtenu un brillant résultat.

Déjà après les premières séances le prurit commença à diminuer et au bout de vingt-huit à trente séances disparut totalement. Chaque séance dura quinze minutes environ. Dans un de ces cas — chez une femme de 58 ans — le prurit durait depuis un an ; dans d'autre — chez une femme de 26 ans — depuis trois mois.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

***

**124. — Ovariotomie.** — A l'hôpital « Middlesex » M. Bland Sutton a opéré une femme sur le retour qui avait été malade et alitée pendant plusieurs mois ; elle avait une grosseur dure et irrégulière dans l'abdomen. Elle fut d'abord admise dans une salle de médecine avec l'idée que l'affection abdominale était maligne et compliquée d'ascite ; on craignait aussi une obstruction intestinale. M. Sutton fut appelé à voir le cas en consultation et décida que la tumeur était un adénome de l'ovaire et que le liquide qui se trouvait libre dans l'abdomen était le résultat de l'épanchement de matière colloïde dû à la rupture d'une poche de la tumeur.

On se décida donc à une opération et on pratiqua une cœliotomie ; une grande quantité de matière colloïde qui était libre dans l'abdomen s'échappa et on sortit de l'abdomen un grand adénome de l'ovaire, son pédicule fut assuré de la manière ordinaire avec des ligatures en soie stérilisée. Le reste de la matière colloïde fut soigneusement ôté avec des éponges et l'incision abdominale fermée par la méthode de triple rangée.

M. Sutton fait observer qu'il n'est point rare de voir un adénome de l'ovaire accompagné de tels symptômes et simulant une affection maligne. Pendant les deux dernières années il a opéré 12 cas dans lesquels la cavité abdominale contenait plusieurs pintes de matière colloïde libre. Cette matière est trop épaisse pour être résorbée et graduellement s'accumule dans l'enveloppe séreuse des viscères. Heureusement elle est toléré par le péritoine, car elle est très difficile à ôter même par lavage et elle est très peu soluble même dans l'eau chaude. Le meilleur moyen est d'en retirer autant que possible et de négliger ce qui reste. Les plus rapides convalescences d'ovariotomie sont faites dans ces cas et la malade en question ne fut pas une exception.

(*La Médecine moderne.*)

***

**125. — Traitement de l'entéroptose.** — Dans les constipations accompagnant l'entéroptose, Boas considère comme nuisible l'administration d'eaux minérales purgatives ou alcalines. Il remplace les eaux purgatives par des lavements et il prescrit différentes substances qui désinfectent et tonifient l'intestin :

| | |
|---|---|
| Salicylate de bismuth..... | 0 gr. 30 |
| Extrait de strychnine..... | 0 gr. 03 à 0 gr. 05 |

pour 20 paquets, à prendre 1 paquet après chaque repas (3 fois par jour).

| | |
|---|---|
| Résorcine resublimée..... | 2 grammes. |
| Extrait de strychnine..... | 0 gr. 20. |
| Eau chloroformée..... | 120 gr. » |
| Eau de tilleuls..... | 30 gr. » |

une demi-cuillerée à soupe après les repas, 3 fois par jour.

| | |
|---|---|
| Salicylate de bismuth..... | *ãã* 5 grammes. |
| Napthol B..... | |

pour 30 paquets. Un paquet après chaque repas (3 par jour).

De petites doses d'acide salicylique (20 à 40 centigrammes) combiné à la strychnine et à la résorcine donnent souvent de bons résultats. C'est la résorcine qui serait particulièrement utile d'après Boas.

# FORMULAIRE

—

*Indications thérapeutiques de l'entéroptose, chez la femme.*

(Jules Chéron.)

L'entéroptose est une complication fréquente des affections utérines, chez la femme, et il est nécessaire de la traiter soigneusement si on veut obtenir une guérison rapide des lésions pelviennes concomitantes.

Voici quelles sont les indications principales à remplir, que nous nous bornerons à énumérer aujourd'hui, nous réservant de les reprendre plus en détail dans d'autres formulaires :

1° Soumettre la malade à un régime alimentaire approprié et régler les exercices qu'elle doit faire et le repos qu'elle doit prendre chaque jour, en tenant compte de l'état de ses forces.

2° Relever la tension artérielle et le tonus général au moyen des injections hypodermiques de sérum artificiel.

3° Maintenir la paroi abdominale relâchée, par le port d'une ceinture hypogastrique ou d'une sangle de Glénard.

4° Combattre la dilatation de l'estomac, l'entéroptose et la constipation par le massage abdominal dans le décubitus renversé qui augmente notablement la puissance d'action de ce moyen thérapeutique déjà très important par lui-même.

5° Soutenir l'utérus, ordinairement abaissé en antéversion en pareil cas, à l'aide d'un anneau à diaphragme, s'il n'existe aucune contre-indication locale à l'emploi des pessaires.

C'est en associant ces divers moyens qu'on peut arriver le plus complètement et le plus rapidement à combattre ce syndrome morbide, l'entéroptose, si tenace et si difficile à supprimer d'une façon radicale.

---

*Directeur-Gérant*, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I.— La symphyséotomie dans la clientèle civile (Charles).
II.— Quelques médicaments qu'il ne faut pas prescrire aux nourrices (Boissard).

I. — L'actualité — lire, plus loin, le texte du jugement de l'affaire Laporte — nous amène à choisir, pour notre Revue mensuelle, deux sujets d'obstétrique et d'abord la symphyséotomie dans la clientèle civile.

Nous allons reproduire le plaidoyer que le Dr Charles, le savant accoucheur liégeois, fait en faveur de la vulgarisation de la symphyséotomie dans la clientèle civile. Il n'y a qu'à s'associer aux idées défendues par l'auteur, si on se place au point de vue scientifique, si on n'envisage que l'intérêt des malades justifiables de l'opération en question. Pourquoi faut-il que nous soyons amenés à faire une réserve ? pourquoi nous force-t-on à penser à l'intérêt du médecin praticien se trouvant en face d'une indication opératoire précise et comment pouvons-nous être conduits à admettre qu'une hésitation soit permise en pareil cas ? Nous n'avons pas besoin de répondre à ces questions ; nos lecteurs ont compris pourquoi, en France du moins, il est probable que la symphyséotomie ne se vulgarisera pas, dans la clientèle civile, aussi rapidement que l'eût exigé l'intérêt des malades.

Ceci dit, et sans plus long préambule, voici l'opinion de M. Charles (*Journal d'Accouchements*, 22 août 1897):

L'utilité de l'agrandissement momentané du bassin pour permettre la sortie d'un enfant vivant, qui ne peut être extrait par le forceps ou la version, n'est plus aujourd'hui discutée que par un chiffre très restreint d'accoucheurs rétrogrades.

Dans les maternités, où l'on a tout sous la main, instruments et aides exercés, où l'antisepsie peut être strictement observée, où les soins consécutifs sont faciles à donner, la symphyséotomie procure de beaux résultats lorsque les femmes ne sont pas infectées avant leur admission.

Mais peut-on penser en faire en quelque sorte une *opération courante* dans la clientèle ordinaire, à la campagne et à la ville ? Cela est plus discutable et c'est ce que M. Izac s'est spécialement proposé d'examiner dans son travail intitulé : « Que faut-il penser de la symphyséotomie ?

Ce mémoire de 55 pages, qui vient de paraître à la librairie Lagarde, rue Romiguières, 2, à Toulouse, est bien écrit, réfléchi, documenté. Il nous fournit l'occasion de dire notre avis à ce sujet.

Remercions d'abord l'auteur de n'avoir pas oublié les accoucheurs belges, contrairement à la plupart des écrivains français et surtout des écrivains allemands, qui nous considèrent sans doute comme une quantité négligeable... sans pourtant se faire faute bien souvent de s'emparer de nos idées.

Voici ce qu'écrit M. Izac sur la symphyséotomie à la campagne :

Nous éliminerons d'emblée les cas où le praticien, prévenu par un accouchement antérieur, ou ayant examiné la femme durant sa grossesse, aura pu la suivre de près, tout en la préparant et en se préparant lui-même à l'opération, car alors les conditions se rapprocheront le plus possible de ce qui se passe dans les milieux hospitaliers.

Malheureusement, les femmes de notre région redoutent beaucoup un examen médical et ne s'y prêtent qu'à la dernière extrémité.

Nous pouvons citer le fait typique que voici : un médecin appelé dans la montagne auprès d'une vieille femme chez laquelle il crut devoir pratiquer le toucher vaginal, fut pour cela hué à la sortie du village dans des termes qu'il ne nous est pas possible de reproduire !...

Voici quelles sont les conditions habituelles de la pratique. On est appelé quelquefois au milieu de la nuit et de fort loin auprès d'une femme totalement inconnue. On apprend que la parturiente a commencé à souffrir depuis deux, trois, quatre jours, et que devant la fréquence et l'intensité de ses douleurs, elle a mandé une sage-femme. Celle-ci examine sa cliente, attend un certain temps et, voyant les choses traîner en longueur, réclame le secours du médecin.

Il est à peu près sûr que le sujet présente à ce moment-là de la température, sinon de l'infection. Que faire ? Le Professeur Guillemet cite bien le cas d'une femme ayant une température de 38° avec tous les signes d'une grippe, sur laquelle il n'hésite pas à pratiquer la section des pubis. Le praticien hésitera, ce nous semble, devant la quasi-certitude de l'infection. A la campagne, en effet, les règles de l'hygiène sont fort peu suivies, les soins de propreté corporelle à l'état rudimentaire et c'est chose curieuse de voir l'étonnement de certaines femmes, venant pour accoucher à la Clinique, lorsqu'on leur donne leur première injection vaginale.

Admettons que l'on arrive à faire l'antisepsie et que l'on se décide à opérer. Trois aides sont indispensables, dont deux destinés à tenir les cuisses. Il est à craindre, si on les choisit dans l'entourage, de voir survenir un accident analogue à celui qui se produisit dans le cours de la symphyséotomie pratiquée à la Clinique obstétricale de Toulouse ; les aides, étudiants en médecine, écartèrent les pubis d'environ 10 centimètres.

Quant à l'aide chargé de l'anesthésie, il devra forcément appartenir à la profession médicale ; un temps assez long sera nécessaire pour le faire appeler. Que deviendra le fœtus durant cette période, surtout si la poche des eaux est rompue ? Pourra-t-il résister et sera-t-on certain d'obtenir un enfant vivant, but suprême de la symphyséotomie, à moins qu'avec le professeur Queirel on admettre cette opération même dans le cas de mort du fœtus.

Et puis, l'opération elle-même peut réserver quelques surprises désagréables à un opérateur peu familiarisé avec ce genre d'intervention. Sa main, peu habituée aux instruments, ayant perdu la souplesse qu'avaient pu lui donner les exercices de médecine opératoire, pourra le conduire en dehors de l'interligne, d'où perte de temps, hésitations, tâtonnement, au grand détriment de l'enfant et peut-être de l'antisepsie.

L'hémorragie, à moins qu'elle ne soit trop forte, sera certaine-

ment arrêtée par les moyens habituels, mais il sera moins facile de réparer une large brèche de la paroi vaginale, une fistule uréthrale, une déchirure de la vessie, parfois même de l'utérus.

La symphyséotomie une fois faite et bien faite, les sutures terminées, le pansement appliqué, il s'agit d'immobiliser le bassin. A la campagne, pas d'appareils ; le hamac de Tarnier, celui de Lefour, la ceinture de Guéniot, l'appareil de Martin ou de Pinard, sont réservés aux centres hospitaliers. On pourrait peut-être avoir recours à l'appareil plâtré.

Devons-nous nous contenter d'une serviette ou d'un bandage de corps soigneusement appliqué, en recommandant à la femme l'immobilité absolue ? Pouvons-nous être sûr de l'obtenir ? Nous avons vu citer des cas de femmes qui, voulant voir ce « qu'on leur avait fait », ont porté leurs mains dans la région génitale, se sont, dès les premiers jours, tournées et retournées dans leur lit. Une, entre autres, s'est levée le troisième jour ; son incartade n'a pas eu de suites fâcheuses, il est vrai, mais ce n'est pas moins un exemple dangereux à imiter.

Reste la question des suites de couches. La femme aura, à coup sûr, de l'incontinence d'urine ; il sera impossible au médecin de venir pratiquer lui-même le cathétérisme aseptique. Qui chargera-t-il de ce soin ? La sage-femme ? Elle offre peu de garanties, semble-t-il, puisque l'on voit encore tant d'accidents septiques, dans des accouchements normaux. La famille ? si l'on se rappelle le cas de Drappier, dans lequel un maréchal-ferrant communiqua le tétanos à sa femme, on n'y songera assurément pas.

Ces complications de la symphyséotomie, — nous en avons vu des exemples dans un certain nombre des observations que nous avons parcourues, — dans le milieu qui les a vu naître, avec toutes les garanties de la science et de l'antisepsie les plus parfaites, leur bénignité est grande. A la campagne, elles prennent de suite une gravité exceptionnelle, surtout l'infection, tout le monde étant parfaitement d'accord sur ce point : la symphyséotomie sera aseptique ou elle ne sera pas.

Parmi les nombreuses symphyséotomies pratiquées en France, M. Izac n'a pu en trouver que six faites en dehors des services hospitaliers et encore les conditions étaient-elles exceptionnellement favorables.

Sur les 30 symphyséotomies pratiquées en Belgique au 31 décembre dernier et dont nous avons donné le tableau dans notre Cours d'Accouchements (3e édition, 1897, t. II, p. 577), il n'y en a

que quatre faites en dehors des services hospitaliers ; un 5e cas vient d'être publié par M. le Dr Thevelin (de Reninghelst) dans le numéro de juillet de la *Revue Médicale*.

M. Izac ajoute :

« Autre chose est la pratique obstétricale à la campagne et ce que l'on peut faire dans une Clinique d'accouchements bien installée, avec un personnel stylé, instruit et plein de zèle, avec, comme gardes, des sages-femmes attentives et dévouées qui mettent leur amour-propre à parfaire la besogne du chef de service.

En pareille occurrence, il est aisé à un professeur, du haut de sa chaire ou du haut d'une tribune académique, de jeter l'anathème à ceux qui, moins favorisés par le milieu, *sont obligés d'agir comme ils peuvent...*

Nous allons voir bientôt à l'œuvre la jeune génération instruite dans ces idées et, si elle les met en pratique, nous pouvons nous attendre à de beaux résultats.

Lorsque la symphyséotomie aura envahi les campagnes, il arrivera en obstétrique ce qui s'est produit en chirurgie, tout le monde sera « grand opérateur » et les hécatombes se multiplieront.

Il termine par les conclusions suivantes :

1° La symphyséotomie est une bonne opération ; grâce à l'antisepsie, elle prendra place définitivement dans l'obstétrique opératoire, entre la basiotripsie et l'opération césarienne ;

2° Le plus souvent, opération d'urgence, elle sera, dans certaines conditions bien déterminées, une opération de choix ;

3° Bien qu'elle soit facile et sans danger dans la plupart des cas, elle a donné lieu à des complications sérieuses, de sorte qu'elle doit être réservée pour les cas où elle est *indispensable* ;

4° Au point de vue opératoire, elle exige un milieu spécial, des aides expérimentés et un opérateur qui, sans être chirurgien de profession, puisse parer aux diverses complications qui peuvent survenir ;

5° Pour nous, la symphyséotomie doit être uniquement pratiquée dans les Services d'accouchements ou les Maternités. On ne devra la tenter, dans la pratique courante, que si l'on peut se mettre dans des conditions identiques à celles des milieux hospitaliers.

Tout cela est parfaitement exact. Mais pour être complet, il est indispensable d'ajouter quelque chose.

Puisque la symphyséotomie est sans contredit une bonne opé-

ration, le praticien doit se mettre autant que possible dans les conditions qu'elle exige pour être pratiquée avec le plus de chance de succès.

Il ne suffit pas de regretter platoniquement l'absence fréquente de ces conditions dans la clientèle ordinaire et de s'imaginer qu'on a fait tout son devoir quand on s'est lavé les mains comme Ponce Pilate, en s'écriant « je n'y puis rien ! »

Autant pourrait-on dire pour l'antisepsie, pour l'hygiène vulgaire, pour la simple propreté.

Il faut une foi robuste et agissante, il faut lutter contre les difficultés, il faut chercher à modifier les idées inexactes et dangereuses des campagnards aussi bien que des citadins.

N'avons-nous pas eu à lutter contre nous-mêmes et contre les autres pour établir dans les services hospitaliers les règles d'antisepsie qui y sont actuellement en usage ?

Déjà le public instruit est au courant des généralités de l'antisepsie et l'on n'a plus guère de difficulté à lui faire comprendre et suivre les précautions essentielles de la méthode.

Nous avons donc le droit d'espérer qu'avec un peu de travail et de persévérance, les praticiens obtiendront, dans un avenir très prochain, des résultats analogues à ceux que procurent les services hospitaliers.

II. — On est quelquefois embarrassé pour savoir quels médicaments on peut administrer à une nourrice sans nuire à son nourrisson. Voici, en résumé, les principaux médicaments dont il faut s'abstenir en pareil cas d'après M. Boissard :

La physiologie de la nourrice est caractérisée dans ses grandes lignes, dit-il dans le *Journal des Praticiens*, par deux états ;

1° Etablissement de la fonction galactogène ;

2° Suppression de la fonction menstruelle.

Toute thérapeutique devra donc conserver l'intégrité de ces deux états qui dominent la vie de la nourrice ; on s'abstiendra donc de l'usage de *tous les drastiques*, de l'*aloès* qui congestionnent le système circulatoire utéro-ovarien et des *différents emménagogues* (*armoise*, *apiol*).

Chez les nourrices réglées, si les règles sont trop fréquentes ou trop abondantes, mieux vaudrait recourir au repos au lit, aux préparations de *chanvre indien* ou *d'hydrastis* ou aux in-

jections vaginales très chaudes qu'aux différentes préparations contenant du *seigle ergoté* ou de la *digitale*.

On surveillera avec grand soin l'usage des préparations qui favorisent la *diurèse* ou la *diaphorèse* (digitale, pilocarpine, asperges), le lait ne sera donné exclusivement qu'aux albuminuriques.

Eviter les *purgatifs*, mais éviter aussi la constipation habituelle ; l'*huile de ricin* à la dose de 15 à 20 grammes, le *cascara sagrada* par cachets de 40 à 50 centigrammes peuvent être conseillés, mais on s'abstiendra du *podophylle* et de la *rhubarbe*.

Défendre les *boissons alcooliques* et, à ce titre, les vins toniques, vin de quinquina et autres.

N'employer le *sulfate de quinine* qu'en cas de fièvre ou d'impaludisme.

Rejeter absolument les *préparations arsenicales*.

Jamais *d'opium* ou de *morphine* ; le chloral serait préférable en cas de nécessité absolue.

Quant aux *préparations mercurielles* ou *iodo-hydrargyriques*, non seulement leur usage ne doit pas être banni, mais il est des cas où il est de toute nécessité d'y recourir (syphilis chez la nourrice, hérédo-syphilis).

A côté des médicaments qui diminuent la quantité de lait, à côté des médicaments qui altèrent la qualité du lait, y a-t-il des médicaments qui agissent *directement* sur la fonction galactogène ; en d'autres termes, y a-t-il des médicaments antigalactogues ? Dans ces derniers temps, on a vanté ou incriminé le *camphre* (Hergott), et l'*antipyrine* (Termisson, Guilbert) : pour Hergott, le camphre à la dose de 0.60 en 3 cachets par jour amènerait rapidement la suppression de la fonction des glandes mammaires, il en serait de même de l'antipyrine à la dose de 2 à 3 grammes par jour continués pendant 5 à 6 jours.

L'antipyrine peut très bien avoir une influence réelle sur la fonction galactogène, plutôt par son action vaso-constrictive,

que par la production de troubles ou d'altérations dans l'épithélium des culs-de-sac glandulaires.

Quoi qu'il en soit de cette action, non encore démontrée chez les *nourrices qui continuent de donner le sein*, il va sans dire qu'on ne renoncera pas à l'emploi de ce médicament lorsqu'il poura être donné à petites doses et à intervalles un peu éloignés ; il en sera de même, du reste, pour l'ensemble des médicaments dont les nourrices pourront être justiciables pendant le cours de l'allaitement. En résumé, comme règle générale de conduite, on ne devra jamais recourir chez la nourrice à une médication bien énergique ou bien prolongée, mieux vaudrait alors la supprimer ou la changer ; la femme qui allaite doit être, à part les cas de nourrices syphilitiques, le type de la femme saine et bien portante. J. B.

---

# TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

—

(20e *article, voir les nos précédents, à partir de janvier 1895.*)

## Pessaires. — Ceintures abdominales. (*Suite.*) (1)

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

Nous avons déjà défini l'abaissement en antéversion normale ou utéroptose, qu'il ne faut pas confondre avec l'abaissement en rétroversion, premier degré de la descente ou prolapsus de l'utérus.

Si nous insistons encore une fois sur la nécessité de bien différencier ces deux sortes d'abaissement, c'est que leur traitement par les pessaires est très différent.

A l'utéroptose, on remédie efficacement, par les anneaux souples qui restent bien en place, en pareil cas, et qui, soulevant le col du plancher vaginal, l'empêchent d'y creuser une loge, situation dans laquelle les mouvements physiologiques de l'or-

(1) Voir le numéro de septembre 1897.

gane sont limités et deviennent douloureux. Les anneaux souples font ainsi disparaître très rapidement les sensations de pesanteur dans le ventre et de tiraillement dans les aines qui accompagnent habituellement l'utéroptose.

Dans la descente en rétroversion, au contraire, il est inutile d'essayer de faire porter un anneau souple qui ne peut rester en place et que le moindre effort, le fait seul de la défécation, déplace et souvent propulse plus ou moins complètement hors du vagin.

L'anneau souple, encore appelé anneau de Meige, de Gairal, de Mayer et de Dumontpallier, est constitué par un ressort recouvert d'une enveloppe de caoutchouc. Il en existe des grandeurs variables numérotées de 1 à 10 ; les plus usités sont les nos 2 à 4 pour les nullipares et 4 à 7 pour les multipares.

Dans ces derniers temps, on a fait des anneaux souples munis de diaphragme qui permettent de soulever le col et de l'éloigner du plancher vaginal sans distendre le vagin, aussi doivent-ils souvent être préférés aux anneaux ordinaires.

L'introduction de ces pesaires est rendue facile par leur souplesse extrême :

La malade étant dans la position de l'examen au spéculum, le médecin écarte la vulve avec deux doigts de la main gauche ; l'anneau préalablement aseptisé et enduit de vaseline est serré entre le pouce et l'index de la main gauche, ce qui lui fait prendre une forme allongée et présenté à la vulve, il pénètre facilement dans le vagin où il reprend de lui-même la forme circulaire. Le pessaire est bien placé si le col en occupe le centre ce dont on s'assure par le toucher vaginal ; il est de dimensions appropriées s'il tient suffisamment bien dans le vagin sans le distendre outre mesure et sans causer la moindre sensation pénible à la malade.

Il est inutile de dire que, pour les anneaux à diaphragme, ce dernier doit regarder en haut du côté de la vessie ; autrement, le diaphragme ne rendrait aucun service.

Les rétrodéviations sont combattues par l'anneau de Hodge ou par le pessaire en 8 de chiffre de Schultze :

1° L'anneau de Hodge qu'on fait en étain malléable, en étain creux recouvert de caoutchouc, en celluloïd, en caoutchouc durci, en aluminium, etc., est représenté par une boucle plus ou moins volumineuse dont la barre postérieure est plus ou moins relevée pour tendre le cul-de-sac postérieur le plus possible, dont la barre antérieure est courbée en sens contraire pour s'adapter à la courbure du vagin et dont les barres transversales, parallèles, sont destinées à cotoyer les bords du vagin. Il en résulte que, vu de profil, l'anneau de Hodge a la forme d'une S irrégulière.

Le mode d'action de ce pessaire est le suivant : il tend le cul-de-sac postérieur du vagin et, par suite, attire le col de l'utérus en arrière et tend à faire basculer le corps en avant ; il s'oppose donc à la rétroversion. En outre, s'il existe un degré plus ou moins marqué de flexion du corps sur le col, la barre postérieure limite le mouvement de flexion qu'on fera du reste sagement de combattre au préalable par le traitement manuel, avant d'appliquer le pessaire.

Pour placer le pessaire de Hodge, la malade étant dans la position française de l'examen au spéculum, on écarte la vulve avec deux doigts de la main gauche, et si l'orifice est étroit, on déprime fortement la fourchette avec les mêmes doigts de la main gauche. Le pessaire, tenu de la main droite, est présenté directement à la vulve par sa barre postérieure qu'on introduit doucement, en déprimant la fourchette autant qu'il est nécessaire pour ne pas contusionner le bulbe de l'urèthre. Quand la barre postérieure a disparu dans le vagin, un doigt de la main droite pénètre dans le vagin, la pulpe dirigée en bas, accroche cette barre postérieure et la conduit jusqu'au fond du cul-de-sac postérieur en glissant sous le col ; la barre postérieure n'est redressée qu'après qu'elle a dépassé le col qu'on évite ainsi d'accrocher, ce qui serait douloureux et pénible pour le malade.

Il est important de remarquer que la branche antérieure de l'anneau de Hodge doit être relativement mobile dans le sens antéro-postérieur et ne doit pas prendre un point d'appui contre la face postérieure du pubis. En revanche, les deux branches latérales doivent être assez écartées pour tendre légèrement le vagin, autre-

ment l'anneau pourrait tourner et se déplacer latéralement, ce qui le rendrait inefficace.

2° Exceptionnellement, lorsque la laxité du vagin est telle que le pessaire de Hodge ne peut être maintenu en place après reposition de l'utérus, les pessaires en 8 de chiffre de Schultze peuvent être préférés. Ce sont des anneaux à légère courbure sigmoïde vus de profil et à double anneau lorsqu'ils sont vus de face ; l'anneau supérieur, celui dans lequel sera engagé le col, est le plus étroit ; au croisement du 8, se trouve la résistance qui s'oppose à ce que le col soit porté trop avant et qui force celui-ci à reprendre sa situation en arrière qu'il avait abandonnée. (Schultze.)

Le pessaire en 8 de chiffre s'introduit comme l'anneau de Hodge.

Il arrive quelquefois que l'utérus redressé manuellement, un anneau de Hodge approprié ayant été placé, si on examine de nouveau la malade au bout d'un certain temps on trouve le corps de l'utérus non plus revenu en arrière, mais incliné à droite ou à gauche. On redresse l'organe, mais bientôt on constate qu'il s'est de nouveau fléchi sur le même côté qu'à l'examen précédent. C'est pour combattre ce déplacement latéral que l'un de nous (Dr Batuaud) a fait ajouter au pessaire de Hodge un épaulement latéral (droit ou gauche) partant de l'extrémité (droite ou gauche) de la barre postérieure pour rejoindre, en arc de cercle, le tiers antérieur de la barre latérale correspondante. Appliqué, dans les cas dont nous parlons, ce pessaire a bien rempli son but et a maintenu définitivement l'utérus dans une situation correcte.

Pour remédier au même inconvénient, Schultze recommande les pessaires en 8 de forme excentrique qui peuvent en effet produire la même action, mais qui, d'après notre expérience personnelle, ne sont guère applicables que dans les cas de vagin très larges et très extensibles.

Contre la distension vaginale, avec cystocèle et rectocèle, l'élytrorrhaphie antérieure ou postérieure combinée à la périnéorrhaphie représente évidemment la méthode de choix. Néanmoins,

si la malade refusait toute intervention, on pourrait la soulager soit par le port d'un anneau souple (à la condition que l'utérus ne soit pas en rétroversion), soit par un pessaire en traîneau.

Ce pessaire, préconisé par Schultze pour les cas dans lesquels le pessaire en 8 ne peut être maintenu en place, le plancher du bassin n'ayant pas assez de solidité, ont, vus de profil, plus ou moins la forme d'un 6 un peu incliné. Ils sont constitués par une boucle allongée dont on recourbe fortement la barre antérieure qui doit servir de point d'appui à la face antérieure du col replacé.

L'introduction de ce pessaire est relativement difficile et on ne peut guère l'exposer qu'à l'aide de figures. Aussi devons-nous renvoyer le lecteur au traité de Schultze (p. 398 de la traduction française).

Dans le prolapsus incomplet et non réductible, force est bien de se contenter de la pelote périnéale maintenue par un ressort qui prend son point d'appui sur une ceinture.

Dans le prolapsus réduit, l'utérus ayant encore conservé son volume normal, chez une femme en pleine activité sexuelle, l'important est d'éviter la rétroversion, ainsi que nous l'avons déjà exposé, et par suite, les pessaires de Hodge ou de Schultze sont indiqués après reposition de l'organe.

Restent donc les cas de prolapsus vaginal très accentué avec utérus plus ou moins atrophié qu'on observe surtout chez des femmes âgées appartenant aux classes laborieuses.

C'est dans ces conditions que le bilboquet de Nélaton, modifié par le Dr Chéron, rend des services considérables.

Ce pessaire est constitué par une demi-sphère creuse de diamètre variable, portée par une tige cylindrique pleine, de 8 centimètres de longueur environ, munie d'une encoche circulaire à sa partie externe.

La malade étant dans la position de la taille, la partie sphérique du bilboquet, tenu par son manche, est enduite de vaseline et présentée à la fourchette qu'on déprime fortement jusqu'à ce que la sphère ait franchi la vulve sans contusionner le bulbe de l'urèthre. Le pessaire est alors poussé jusqu'au fond du va-

gin et le col vient se placer dans la concavité de l'appareil. La pression atmosphérique le fait alors adhérer fortement à l'utérus, comme dans l'expérience classique des hémisphères de Magdebourg, et la malade peut se livrer aux travaux les plus durs sans que l'utérus descende. Tout au plus, y a-t-il intérêt à fixer encore mieux la manche du bilboquet en passant dans l'encoche inférieure une boutonnière faite à un bandage en T que la malade fabrique elle-même.

Pour retirer le bilboquet, il faut introduire un doigt dans le cul-de-sac postérieur, accrocher le rebord du bilboquet pour le luxer légèrement et permettre le passage de l'air entre l'appareil et le col utérin. Dès lors, l'extraction est facile, la pression atmosphérique ne faisant plus obstacle; lorsque la cupule arrive à la partie inférieure du vagin, on déprime la fourchette assez fortement comme on l'avait fait pour l'introduction.

Les malades arrivent rapidement à connaître la manœuvre du bilboquet qu'elles mettent elles-mêmes avant de se lever et qu'elles retirent le soir en se couchant. Grâce à cet appareil d'un prix très médiocre, elles peuvent sans inconvénients et sans gêne se livrer à leurs occupations habituelles.

(*A suivre.*)

---

# TRAITEMENT DE LA VULVO-VAGINITE

## chez les petites filles,

Par J. Comby (1), Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

—

La vulvo-vaginite est extrêmement fréquente chez les petites filles. Il y a 6 ans, dans un mémoire présenté à la Société des hôpitaux (17 juillet 1891), j'avais déjà insisté sur cette fréquence dans les classes pauvres (plus de 150 observations recueillies au Dispensaire pour enfants de la Société philanthropique). Depuis cette époque j'ai eu l'ocasion de traiter à l'hôpital un grand nom-

(1) Extrait de la *Médecine moderne*, 22 septembre 1897.

bre de fillettes atteintes de cette maladie et je crois utile de reprendre la question au point de vue pratique.

## I

La vulvo-vaginite des petites filles, quoiqu'elle dépende souvent du même microbe que la vaginite des femmes, ne reconnaît presque jamais une origine vénérienne. Elle prend bien sa source dans la contagion, mais cette contagion est innocente.

Avant Ricord, on confondait avec la syphilis les écoulements blennorragiques, ou bien on les déclarait purement inflammatoires. Le dualisme ayant définitivement triomphé en vénéréologie, la vulvo-vaginite fut soustraite à l'empire de la syphilis et rangée sous la bannière de la blennorragie. Se présentait-elle chez une femme, chez une grande fille, elle impliquait la certitude de rapports sexuels et la contagion directe. Affectait-elle une fillette vierge, non pubère, deux opinions avaient cours : ou bien on supposait un attentat criminel, ou bien on déclarait l'inflammation non spécifique, spontanée, etc. Or ces deux opinions sont également fausses.

La vulvo-vaginite est une inflammation spécifique, elle n'est pas due à une tentative criminelle. Avant que la spécificité de la vulvo-vaginite fût démontrée, sa contagiosité avait été amplement établie par la clinique.

Déjà Cazenave (1846) avait vu une femme leucorrhéique contagionner ses deux filles (4 et 8 ans) dans un bain pris en commun. Forster (1860) a vu trois fillettes contagionnées par une éponge qui servait à la toilette intime de leur mère. Atkinson cite une épidémie de vulvite chez les élèves d'un pensionnat qui se rendaient visite la nuit dans leurs lits. R. Pot (1882) déclare que, 90 fois sur 100, la vulvo-vaginite des petites filles, indentique à la blennorragie des adultes, résulte d'une contagion indirecte, l'enfant partageant le lit de sa mère, de sa sœur, etc.

En 1879, Neisser découvre le gonocoque, et ce microbe ne tarde pas à être retrouvé dans la plupart des vulvo-vaginites infantiles (Epstein, Widmark, Cséri, Dusch, Israël, Spaëth, etc.). C'est en

vain que Vibert et Bordas ont contesté la spécificité du gonocoque ; elle est aujourd'hui indiscutée (voir la thèse de Marcel Sée, Paris, 1896). La vulvo-vaginite gonococcique des petites filles est la plus commune et la plus grave des inflammations vulvaires de l'enfance ; elle ne se limite pas à la vulve, elle se propage au vagin, à l'urètre, quelquefois à la vessie, à l'utérus, aux trompes, au péritoine elle se complique donc assez souvent d'*utérite*, d'*endométrite*, de *salpingite*, de *cystite*, de *péritonite*, etc., sans parler de l'*ophtalmie*, du *rhumatisme blennorragique* et des gonohémies en général.

A côté de cette vulvo-vaginite gonococcique, il faut réserver une petite place à la vulvite simple, catarrhale, non contagieuse, pouvant résulter de traumatismes divers (onanisme, grattages, oxyures), de la malpropreté, du lymphatisme, etc. Dans cette vulvite on rencontre tantôt le streptocoque, tantôt le staphylocoque, tantôt le coli-bacille. Quelquefois on ne trouve aucun microbe.

Dans la vulvo-vaginite gonococcique, l'écoulement est abondant, épais, jaune verdâtre, empesant le linge, irritant les muqueuses et la peau des parties voisines. Dans la vulvite simple, il n'y a aucune réaction inflammatoire appréciable ; le pus est blanchâtre, fluide, peu abondant, intermittent, etc. La maladie évolue sans complication, sans urétrite, sans vaginite, elle guérit facilement par des moyens simples.

Chez les fillettes qui souffrent d'une maladie aiguë fébrile (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, etc.), et dont la vulve n'est pas l'objet de soins de toilette répétés, on peut voir l'inflammation s'emparer de cet organe ; on constate alors, non seulement un écoulement plus ou moins épais, mais encore des érosions, des ulcérations, du sphacèle.

D'autres fois la vulvite nous apparaît comme la localisation d'un exanthème, de la varicelle, de l'impetigo contagiosa. On voit que les causes de la vulvite peuvent être très diverses. Mais, somme toute, ces causes, pour multiples et variées qu'elles soient, n'agissent bien rarement en comparaison de l'infection gonococcique.

Cette dernière peut agir directement ou indirectement. La con-

tagion directe existe quand l'enfant a été victime d'une tentative de viol, quand elle a été souillée par un petit garçon atteint d'urétrite, ou par sa mère, par une grande sœur dont elle partage le lit.

Dans ce dernier cas et le plus souvent la contagion est indirecte, la fillette subissant le contact de draps, de linges, d'objets de toilette imprégnés de pus. Epstein croit que l'enfant nouveau-née peut être contaminée directement par le pus vaginal de la mère au moment de l'accouchement. Il y aurait donc des vulvo-vaginites infantiles d'origine obstétricale.

Quelquefois c'est le pus de l'ophtalmie purulente qui a été transporté à la vulve. On a vu la vulvo-vaginite se transmettre par les bains de piscine (Suchard), par les thermomètres mal aseptisés (Weil et Barjon). Mais le plus souvent la contagion est familiale et dérive de la mère.

## II

Après ces préliminaires nécessaires d'étiologie et de pathogénie, j'aborde le traitement que je subdiviserai en 5 paragraphes.

1° *Traitement de la vulvo-vaginite gonococcique.* — Si l'inflammation est très aiguë, accompagnée d'érythème génital et périgénital, de dysurie, de douleurs pendant la marche, on prescrira le repos au lit.

On donnera un bain tiède émollient, et on appliquera sur la vulve en permanence des compresses boriquées (3 pour 100), ou sublimées (1 pour 4000). Quand la réaction inflammatoire aura cédé, on saupoudrera la vulve avec un mélange d'amidon, de talc, de lycopode, d'acide borique (parties égales), et on écartera les grandes lèvres pour mettre en contact du vestibule du vagin un petit tampon d'ouate garni de la poudre susdite. Outre ce pansement local laissé en permanence, on fera, 2 ou 3 fois par jour, ou après chaque miction, un lavage à l'eau bouillie tiède, ou à la décoction de feuilles de noyer.

Le régime alimentaire sera émollient : lait, tisanes, bouillons, potages, peu ou pas de viande. Cette diète rappelle celle que les adultes suivent en cas de blennorragie.

Après ce traitement préliminaire, on attaquera directement la vulvo-vaginite. Jacobi, prétendant que l'hymen empêchait l'écoulement du pus et mettait obstacle aux lavages, a proposé de le sectionner ; il n'a pas trouvé d'émules.

Sans intervenir chirurgicalement, on peut aboutir par un traitement antiseptique. Les grandes irrigations vulvaires et vaginales avec l'eau bouillie, l'eau boriquée, amènent un soulagement manifeste, mais elles ne suffisent pas ordinairement. Je n'ai pas besoin de dire que les lavages extérieurs, simplement vulvaires, sont insuffisants, il faut toujours pénétrer dans le vagin avec une canule souple ou une sonde de Nélaton de petit calibre et faire passer à l'aide d'un bock un ou plusieurs litres de liquide.

Les antiseptiques énergiques, le sublimé, le permanganate de potasse, sont très efficaces. Après avoir employé le sublimé à 1 pour 10.000, puis à 1 pour 5.000, le permanganate de potasse à 1 pour 4.000, à 1 pour 2.000, j'ai finalement adopté la solution à 1 *pour* 1.000 de permanganate de potasse. Elle est bien tolérée par les enfants et elle jouit d'une efficacité que les solutions plus faibles ne possèdent pas. Elle agit beaucoup plus rapidement. Avec une solution faible, on mettra 6 semaines, 2 mois, 3 mois à guérir une vulvo-vaginite ; avec la solution forte, on obtiendra la guérison en 15 jours. On fera passer, à chaque injection vaginale, *un demi-litre* au moins de la solution tiède de permanganate de potasse à 1 pour 1.000. Si la vulvo-vaginite est très intense, on fera 3 injections par jour, puis 1 seule, puis 1 tous les 2 jours, 2 par semaine, 1 par semaine, etc.

Le nitrate d'argent jouit aussi d'une réelle efficacité ; on doit injecter une solution à 1 pour 100 (quelques grammes seulement à l'aide d'une petite seringue).

Je m'étais servi autrefois de crayon ou suppositoires vaginaux contenant 10 pour 100 d'iodoforme, de salol, de créoline, etc. Ces topiques, assez difficiles à introduire, ne valent pas les grandes injections vaginales. Pour pratiquer ces dernières, l'enfant est tenue couchée sur le dos, les jambes écartées, en travers de son lit, une toile cirée glissée sous le siège, un seau de toilette sur

le parquet, prêt à recevoir le liquide qui s'écoulera sur la toile cirée. Avec ces précautions, on ne risque pas de tacher les linges, les draps de lit, etc.

Convient-il de traiter spécialement l'urétrite ? En général, cette inflammation, chez les petites filles, n'a pas de gravité, elle cède avec la vaginite. Cependant Cahen-Brach a fait des injections urétrales et introduit dans le canal des bougies médicamenteuses ; il a même cautérisé la muqueuse avec le crayon de nitrate d'argent mitigé.

2° *Traitement des complications de la vulvo-vaginite gonococcique.* — Nous venons de parler de l'urétrite, qui, à proprement parler, n'est pas une complication ; mais si l'inflammation remonte vers la vessie, si l'enfant a des envies répétées, des douleurs en urinant, on prescrira le repos au lit prolongé, les bains, les cataplasmes émollients sur l'hypogastre, les tisanes, le lait, etc. On triomphera aisément ainsi de la *cystite* prise au début.

S'il y avait des urines troubles, chargées de pus et de sang, on ferait des lavages de la vessie avec de l'eau boriquée tiède (40 ou 50 grammes de liquide par injection).

Dans le cas où la muqueuse urétrale fait saillie au dehors (*prolapsus*), donnant lieu à des hémorragies parfois trompeuses, il suffit de cautériser ce bourgeonnement inflammatoire avec un pinceau imbibé de solution au nitrate d'argent (1 pour 50 à 1 pour 100), pour le guérir assez rapidement (une cautérisation matin et soir). Dans quelques cas, la muqueuse prolabée forme une tumeur irréductible que le chirurgien est obligé d'exciser.

Quand la vulvo-vaginite se complique de salpingite, de *péritonite*, on doit condamner l'enfant au repos absolu dans son lit, avec glace sur le ventre, opium à l'intérieur, minimum de nourriture (quelques cuillerées de lait glacé). En général, la péritonite gonococcique guérit bien.

Le *rhumatisme blennorragique* sera traité par l'immobilité dans une bonne position, la compression, les points de feu ; et, dans les formes chroniques, par le massage.

3° *Prophylaxie de la vulvo-vaginite gonococcique.* — Ce que j'ai dit, au début, de la contagiosité de la maladie et de ses modes

habituels de propagation doit inspirer la prophylaxie. Les mères de famille qui ont des flueurs blanches ne devront pas coucher avec leurs filles, ni se servir pour elles des mêmes serviettes, éponges, baignoires, etc., dont elles auront fait usage pour leur toilette.

Les fillettes atteintes de vulvo-vaginite auront les organes génitaux protégés et garnis convenablement pour éviter la propagation accidentelle à leurs camarades de jeu, d'école, etc. On ne devra jamais se servir de piscines pour baigner les fillettes dans les collectivités d'enfants. Les thermomètres communs des hôpitaux devront être soigneusement désinfectés après chaque opération : on les trempera dans une solution forte de sublimé (1 pour 500) ou d'acide phénique (1 pour 20). Les linges souillés par les enfants devront être trempés dans l'eau bouillante ou dans une solution de sublimé à 1 pour 1.000 avant d'aller au blanchissage.

Epstein conseille, chez les filles nouveau-nées, de faire la toilette de la vulve, comme on fait celle des yeux, et de donner des bains antiseptiques.

4° *Traitement et prophylaxie de la vulvite simple.* — Quand la vulvite est simple, catarrhale, causée par un microbe banal, ou indépendante de tout microbe, on se contente de soins minutieux de toilette. Les antiseptiques forts n'auraient en pareil cas aucune efficacité ; ils pourraient même être nuisibles. La vulve sera lavée 2 ou 3 fois par jour à l'eau boriquée ou à l'eau simplement bouillie ; les parties seront poudrées et garnies de ouate hydrophile après chaque lavage.

Si l'enfant garde le lit, pour une maladie aiguë quelconque, on n'attendra pas qu'elle ait une vulvite pour la soigner ; on cherchera à prévenir cette vulvite par des lavages quotidiens de la vulve avec les liquides indiqués plus haut. Si le tempérament de l'enfant (pâleur, lymphatisme) semble jouer un rôle indirect dans la production ou l'évolution de la vulvite catarrhale, on prescrira un traitement général reconstituant : huile de foie de morue, sirop iodo-tannique, bains salés, bains de mer, séjour à la campagne.

5° *Traitement et prophylaxie des autres inflammations vulvaires infantiles.* — Outre les vulvites et vulvo-vaginites dont je viens de parler, on peut trouver differentes lésions plus ou moins graves dont le traitement ne doit pas être négligé, telles que : *muguet, érysipèle, phlegmon, diphtérie, syphilis.*

Outre le traitement local antiseptique applicable à tous ces cas (compresses d'eau boriquée ou de sublimé, poudrage antiseptique), on devra instituer le traitement interne commandé par la maladie infectieuse dont la valvite n'est qu'une localisation (mercure, sérum antidiphtérique). S'il s'agit de muguet, on touchera la vulve avec un pinceau trempé dans une solution de permanganate de potasse ou de sublimé à 1 pour 500, et on fera des lavages à l'eau de Vichy ou à l'eau de chaux. Si l'on se trouve en présente d'une gangrène de la vulve, on l'attaquera énergiquement avec le fer rouge ou des solutions antiseptiques (perchlorure de fer, teinture d'iode, nitrate d'argent, chloure de zinc, etc.). Le pansement sec avec iodoforme, salol, maintenu par un bandage en T. renouvelé matin et soir, sera préféré aux solutions caustiques que je viens d'énumérer.

La prophylaxie de cette vulvo-vaginite gangréneuse réside dans les toilettes aseptiques de la vulve faites méthodiquement dans toutes les maladies aiguës fébriles de l'enfance, et surtout dans la rougeole, la fièvre typhoïde, la scarlatine.

---

# INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

—

## Texte du jugement de l'affaire Laporte.

Voici le texte du jugement de la 9e chambre :

Attendu que Laporte, qui a obtenu le diplôme de docteur en médecine en 1893, et qui avait vainement cherché à se créer une clientèle dans le 17e arrondissement, s'est installé, le 1er septembre 1897, boulevard de Charonne, n° 103 ;

Attendu qu'ayant été agrégé en 1895 comme médecin du service de nuit, il fut requis dans la soirée du 11 septembre de se

rendre rue Courat, 32, chez la dame Fresquet, qui était depuis plusieurs heures dans les douleurs de l'enfantement et dont l'accouchement présentait des difficultés ;

Attendu que Laporte s'étant muni d'un forceps, seul instrument qu'il possédât pour faire les opérations obstétricales, se présenta au domicile de la dame Fresquet, qui avait déjà eu cinq enfants et auprès de laquelle se trouvait une sage-femme, la dame Maîtrepierre ; qu'après examen le docteur Laporte jugea que l'application du forceps était nécessaire, application qui avait déjà eu lieu avec succès dans deux des couches précédentes de cette dame ;

Attendu que la manière de procéder du médecin surprit, dès le commencement, les personnes présentes et leur inspira des doutes sur sa compétence ; qu'il fut manifeste pour elles que le maniement de cet instrument ne lui était pas familier ; qu'il n'avait aucune notion de la position que devait avoir la patiente... ; que le mari et la dame Houbert durent intervenir... pendant que l'opérateur appliquait le forceps et que la sage-femme ne put s'empêcher de dire : « Nous sommes mal tombés ! » ;

Attendu que trois applications du forceps furent faites, mais sans résultat ; que les témoins présents à l'accouchement déposent du trouble, de l'agitation du prévenu qui, après l'insuccès du forceps, dit à plusieurs reprises : « Je suis au bout de mon rouleau ! »

Attendu qu'on lui proposa d'aller chercher un autre médecin pour l'assister ; qu'il se borna à répondre : « Attendons ! » qu'il dit alors à la sage-femme : « Il n'y a plus qu'à perforer le crâne de l'enfant qui doit être mort » ;

Attendu qu'après avoir vérifié l'un et l'autre qu'on ne sentait plus les battements du cœur de l'enfant, Laporte se mit en devoir de pratiquer la craniotomie, mais qu'il n'avait aucun des instruments employés d'ordinaire pour cette opération ; qu'il essaya d'abord de se servir de la pointe de son forceps qui était trop courte ; qu'ayant demandé à Fresquet un instrument quelconque, celui-ci lui apporta sa boîte à outils dans laquelle Laporte prit d'abord un porte-étiquette et un équarissoir qui ne

lui parurent pas utilisables, puis une aiguille à matelas à bout pointu, aplati et recourbé dont il crut pouvoir se servir ;

Attendu que sans l'aseptiser, ni la tremper dans l'eau bouillante, il introduisit d'une main cette aiguille... et chercha à plusieurs reprises à piquer le crâne de l'enfant ;

Attendu qu'ayant retiré l'aiguille sans vérifier quel avait été le résultat de ces piqûres, Laporte prit alors dans la boîte à outils un ciseau à froid et un marteau, et, qu'ayant appliqué le ciseau sur la tête de l'enfant qui, disait-il, avait la boîte cranienne dure, il frappa le marteau sur le ciseau ; mais qu'à ce moment Fresquet et la dame Houbert, émotionnés et outrés, intervinrent et lui arrachèrent le ciseau et le marteau des mains ;

Attendu que presque aussitôt la femme Fresquet cessant d'être sous l'action du chloroforme, fit un mouvement, une contraction.. et que appliquant une dernière fois le forceps, il ne tarda pas à retirer le corps ;

Attendu que le médecin se disposait à partir sans délivrer la femme, mais que la sage-femme craignant une hémorrhagie l'obligea à terminer son opération ;

Qu'aussitôt après, ayant fait quelques recommandations au sujet des soins à donner à la malade, il se retira et ne revint plus ;

Attendu cependant que la dame Fresquet ne tarda pas à présenter les symptômes d'une maladie grave consécutive à l'accouement ; que visitée le lendemain, son état fut jugé si sérieux que son transport immédiat à l'hôpital fut décidé, et qu'elle mourut le 14 septembre ;

... Attendu, d'autre part, que l'autopsie de la dame Fresquet a conduit le médecin commis aux conclusions suivantes : « La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie. Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant tel que l'aiguille placée sous scellé » ;

Attendu que l'expert ajoute que ces différentes lésions ont été reconnues exactes par l'inculpé ou cours de l'autopsie à laquelle il assistait ;

Attendu que ces conclusions sont confirmées par le docteur Maygrier, expert commis, qui a vu les pièces anatomiques et est d'accord avec son confrère pour déclarer que la double perforation de la vessie est le résultat de la piqûre d'un instrument pointu, comme l'aiguille à matelas saisie, qui a traversé la vessie pour atteindre le péritoine et déterminer ensuite une péritonite mortelle ;

Attendu, il est vrai, que M. le docteur Pinard a contesté à l'audience ces constatations et conclusions : qu'il estime qu'à raison du long travail de l'enfantement, les perforations de la vessie se sont probablement produites « spontanément » ; qu'elles peuvent aussi avoir été déterminées par des aiguilles osseuses ;

Mais attendu que les experts, tant dans leur déposition orale que dans une note complémentaire remise à l'audience pour préciser et justifier leur opinion ont déclaré que l'examen minutieux des organes de la dame Fresquet ne permet pas de consisidérer les perforations constatées comme des ruptures spontanées, qu'il est de plus impossible que les lésions de la vessie, à la place où elles se trouvaient, aient été causées par des aiguilles osseuses qui, d'ailleurs, dit le docteur Socquet, n'existaient pas dans le bassin ;

Attendu que le tribunal, placé entre des contestations faites sur les organes et des conclusions qui en découlent, d'une part, et d'autre part une argumentation basée sur des hypothèses, des conjectures et des raisons théoriques, ne peut hésiter à faire confiance aux premières émanant d'hommes de l'art distingués expérimentés agissant en vertu d'un mandat de justice ;

Attendu qu'étant admis par le tribunal que les perforations de la vessie ont été faites par l'aiguille à matelas dont s'est servi Laporte, il y a lieu d'examiner en droit et en fait si les procédés et opérations du prévenu, qui ont amené cette lésion dont la mort a été la conséquence, le rendent passible des dispositions de l'article 319 du Code pénal ;

Attendu en droit que les termes généraux de cet article s'appliquent à toutes les personnes, quels que soient leur art ou leur profession, par conséquent aux médecins et à l'opérateur qui

dans l'exercice de ses fonctions se rend coupable de fautes et de négligences graves ; qu'il est certain que les tribunaux doivent user avec prudence des pouvoirs que la loi leur confère ; que l'appréciation des théories, des opinions, des systèmes leur échappe ;

Qu'ils ne peuvent se rendre juges du diagnostic, de l'opportunité d'une opération, du plus ou moins de dextérité avec laquelle elle est faite, de la valeur d'un procédé comparé à un autre, de l'opportunité de telle ou telle médicamentation ; mais que leur action commence et s'étend là où il y a de la part du médecin faute lourde, négligence, légèreté, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit nécessairement savoir ; que telle est la doctrine du procureur général Dupin dans le réquisitoire dont une partie a été lue à l'audience ;

Attendu que le tribunal doit rechercher si des actes de cette nature sont imputables au docteur Laporte dans l'accouchement de la dame Fresquet.

En fait,

Attendu que Laporte, quoiqu'il se présentât aux habitants du quartier de Charonne comme accoucheur, n'avait rien moins que des connaissances pratiques en la matière ; qu'en dehors des opérations de cette nature qu'il avait pu faire à l'hôpital et lorsqu'il était étudiant, il n'avait opéré depuis 1893 que deux accouchements ; que pour ceux-ci l'application du forceps n'avait pas été nécessaire ;

Attendu, d'autre part, qu'il n'avait jamais fait la craniotomie ; qu'ainsi sa pratique des opérations obstétricales était presque nulle ;

Attendu que son inexpérience s'est d'ailleurs accusée aux yeux de tous, notamment de la sage-femme, dès son arrivée chez la dame Fresquet ; que, sans parler de l'administration du chloroforme, qui paraît avoir été faite sans surveillance, la manière dont Laporte se servait du forceps, la position dans laquelle il laissait la parturiente, et qui a déterminé l'intervention du mari et de la femme Houbert, ont révélé qu'il n'avait aucune notion de ce qu'en pareille circonstance un médecin doit faire ou

savoir, et ont motivé le propos de la sage-femme relevé ci-dessus ;

Attendu que l'incohérence, la maladresse des actes de Laporte étaient telles, que la dame Maîtrepierre crut devoir, à un moment donné, lui demander s'il était souffrant, et qu'après l'application infructueuse du forceps il dut reconnaître qu'il était au bout de son rouleau ;

Attendu que, dans ces conditions, se trouvant en présence d'une opération grave, la craniotomie, qu'il n'avait jamais faite, les instruments *ad hoc* lui manquant, il devait, ainsi que le lui conseillaient les personnes présentes, envoyer l'une d'elles chercher un autre médecin ou tout au moins tenter d'en trouver un pour l'assister : qu'en ne le faisant pas il a commis une faute grave qui lui doit être reprochée pénalement.

Attendu, de plus, qu'en pratiquant la craniotomie il a fait preuve d'une impéritie et d'une ignorance manifestes des choses que tout homme de l'art doit savoir ;

Attendu, en effet, qu'il est élémentaire et enseigné par tous les traités sur la matière que le chirurgien qui fait cette opération avec un instrument approprié doit introduire sa main gauche ; que les doigts doivent prendre contact avec la tête fœtale autant que possible maintenue stable par la main d'un aide placée sur le ventre, et que le perforateur, tenu par la main droite de l'opérateur, doit être guidé et appuyé jusqu'à la place où il agira, sur les doigts indicateur et médius de la main gauche ; que, dans le cas où la tête de l'enfant est près, on peut se dispenser d'introduire la main, mais que tout au moins les deux doigts indicateur et médius, doivent conduire et diriger l'instrument ;

Attendu que cette manière de procéder, mise en pratique par tous les médecins-accoucheurs, a pour but non seulement d'assurer le succès de la perforation, mais encore de protéger les organes de la femme de toute déchirure ou rupture que le défaut de direction de l'instrument amènerait presque fatalement.

Attendu que ces règles prescrites et observées dans les opérations faites avec des instruments appropriés sont encore plus impérieuses lorsque le praticien a, en mains, comme Laporte, di-

sent les experts, un instrument certainement défectueux, difficile à manier et diriger avec sûreté en raison de sa ténuité et dont les échappées étaient très à craindre.

Or, attendu que l'information et les débats ont recueilli les déclarations nettes, formelles, que rien ne peut faire suspecter, des dames Houbert et Delanoue, qui étaient auprès de la parturiente et qui déclarent formellement que lorsque Laporte a introduit l'aiguille à matelas il ne l'a dirigée ni avec les doigts, ni avec la main ;

Attendu que la dame Maîtrepierre dit, il est vrai, pour l'aiguille : « Il me semble qu'il a introduit un doigt, mais je ne puis l'affirmer » ;

Mais qu'elle explique que, placée en arrière de la dame Fresquet, dont elle maintenait la tête sur son bras, elle n'a pas pu voir ce qui se passait en avant ;

Attendu qu'en admettant même cette déclaration formulée à l'audience sous la forme la plus dubitative et qui ne peut dès lors infirmer les déclarations précises des dames Houbert et Delanoue le docteur Laporte n'aurait introduit qu'un doigt pour diriger l'aiguille ; ce qui serait manifestement insuffisant et inopérant pour l'empêcher de glisser à droite ou à gauche sur les organes de la femme ;

Attendu au surplus que les déclarations du docteur Laporte à l'instruction constituent sur ce point des aveux de sa faute ; qu'en effet, confronté avec la sage-femme, il déclare : « Je crois que c'est avec l'aiguille à matelas que j'ai perforé le crâne, mais « je n'ai pas mis le doigt pour le vérifier. » J'ai le souvenir d'être allé à un moment donné un peu trop loin avec mon aiguille ; « mais je ne me suis jamais rendu compte d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré » ;

Attendu que Laporte reconnaît ainsi ne pas avoir conduit ni dirigé l'aiguille, puisqu'il ne s'est pas rendu compte jusqu'où elle était allée, ni si elle avait perforé le crâne ;

Attendu que M. le docteur Pinard estime que le prévenu a dû guider l'aiguille, parce que, si elle ne l'avait pas été, l'autopsie aurait révélé des désordres ;

Attendu que M. le docteur Maygrier a répondu qu'il ne pouvait être aussi affirmatif que M. le docteur Pinard...;

Attendu qu'il est démontré pour le tribunal que le docteur Laporte a ainsi contrevenu aux règles élémentaires de l'art, qu'il a commis une imprudence, une négligence opératoire qui constitue une faute lourde, laquelle a été la cause directe et involontaire de la mort de la dame Fresquet ;

Attendu que, sans qu'on puisse retenir spécialement cet élément, le présent jugement ne peut pas relever comme une nouvelle preuve de son incapacité et du désarroi de son esprit l'usage inutile, inconsidéré et cruel du ciseau et du marteau ;

En ce qui touche l'application de la peine :

Attendu qu'il y a lieu de tenir compte au prévenu de l'honorabilité de sa vie, des difficultés de ses débuts, de l'impossibilité où l'a mis l'absence de clientèle d'acquérir l'expérience de son art, de son état d'esprit, de son agitation, de son émotion même, lorsqu'en présence des complications qui survenaient il s'est senti désarmé, obligé cependant de rester auprès de la malade et de l'assister jusqu'à sa délivrance par devoir et par humanité ;

Attendu que ces considérations sont de nature à concilier au prévenu l'indulgence du tribunal,

Par ces motifs :

Le condamne à trois mois de prison avec application de la loi Bérenger.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET DE GYNÉCOLOGIE.

*Séance du* 14 *octobre.*

### DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'APPENDICITE ET DE LA SALPINGITE.

M. Doléris. — Depuis ma communication, ici même, sur ce sujet, la question a été reprise, en particulier par M. Bouilly. Mes idées n'ont pas changé depuis et je pense que dans la plupart des cas le diagnostic différentiel est possible.

C'est surtout sur le siège de la douleur et de la tumeur qu'il faudra baser son opinion. Les commémoratifs ont également une grande importance, car il est bien rare que les femmes atteintes d'annexite n'aient pas dans leurs antécédents quelques complications du côté de l'appareil général.

Les cas difficiles sont très rares et c'est surtout dans les cas de salpingites élevées que les erreurs sont possibles. Ceux-ci ne s'observent qu'à la suite d'accouchements plus ou moins pathologiques, car c'est seulement alors que la trompe malade peut être entraînée haut dans l'abdomen.

L'appendicite peut avoir un siège pelvien ; c'est alors une paraappendicite qui envahit secondairement les ligaments larges. Ces cas sont très rares, car l'appendicite est plutôt péritonéale et s'immobilise vite par ses adhérences. De plus, j'ajouterai que l'annexite donne rarement les accidents brusques de l'appendicite. Les erreurs sont cependant possibles et je viens d'observer un cas très curieux que je soumets à votre appréciation.

Il s'agit d'une dame que j'ai soignée en 1892 pour de la métrite par un curettage et une amputation du col. Elle alla d'abord mieux, puis elle fut prise de troubles digestifs et de douleurs abdominales qui la firent consulter plusieurs médecins. Dernièrement, se trouvant en Angleterre, un chirurgien appelé pour une crise douloureuse diagnostiqua une appendicite et proposa l'intervention, qu'elle refusa. Revenue à Paris, un autre confrère émit la même hypothèse. Elle vint alors me consulter et je fus étonné de ne pas trouver de tumeur abdominale appréciable. Au toucher, le petit bassin était libre et il n'existait qu'un point douloureux siégeant très haut. Je repoussai l'idée d'appendicite et je lui proposai la laparotomie qu'elle accepta. Je pus constater alors que l'appendice était normal et qu'il existait en arrière de l'utérus un ovaire malade contenant un kyste hématique gros comme une noix. J'extirpai l'appendice et l'ovaire, et la malade est actuellement bien guérie.

---

### UN CAS D'ÉVENTRATION POST-PARTUM.

M. Doléris. — L'éventration due à la grossesse est un fait banal. Je viens cependant d'en observer un cas un peu spécial. Il s'agissait d'une jeune fille ayant voulu dissimuler sa grossesse et

ayant porté un corset si serré que l'abdomen était refoulé en bas et tombait sur ses cuisses.

L'accouchement fut assez simple, mais l'involution se fit très mal et je fus obligé de la traiter pour une éventration extrêmement prononcée. Elle porta une ceinture, se fit masser, électriser, tout cela sans grands résultats. Le traitement durait depuis six mois, pendant lesquels elle faisait également de la gymnastique suédoise quand elle vint me trouver, me priant de l'opérer, car elle ne trouvait pas à se placer à cause de son ventre énorme. J'incisai la paroi abdominale, je réséquai une large bande de peau et des tissus graisseux et je suturai les bords internes des muscles droits.

La malade a parfaitement guéri et elle a actuellement un abdomen absolument normal comme volume et comme résistance.

(*Bull. Méd.*) A. Brindeau

---

## XII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE.

*Tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.*

(Suite.)

### Section de Gynécologie

#### LA CASTRATION ABDOMINALE TOTALE POUR LES LÉSIONS SEPTIQUES UTÉRO-ANNEXIELLES

M. le prof. Thomas Jonnesco (de Bucarest). — Le procédé de castration abdominale totale que j'ai adopté présente les points essentiels suivants :

*a*) L'enlèvement en totalité et d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes.

*b*) Suppression des pinces.

*c*) Suppression de toute hémorragie par la ligature préventive du pédicule annexiel (artère utéro-ovarienne) du ligament rond (artère du lig. rond) et du pédicule utérin (artère utérine).

*d*) Ouverture en premier lieu du cul-de-sac vaginal antérieur, sans conducteur vaginal et section par le vagin, des culs-de-sacs latéraux et postérieur.

*e*) Placement sous péritonéal des moignons artériels et reconstitution du plancher pelvien, sur toute l'étendue de la surface cruentée, laissée par la section des ligaments larges.

*f*) Fermeture du vagin lorsque les poches annexielles ont été extraites sans être ouvertes ; drainage pelvien par le vagin lorsque le contenu annexiel purulent et septique s'est déversé dans le pelvis.

Par l'enlèvement d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes, on évite l'infection possible du pelvis par l'écoulement du contenu annexiel. Du reste, par l'enlèvement en masse, on simplifie de beaucoup l'intervention en diminuant les temps opératoires.

Par la suppression des pinces tant permanentes que temporaires, on permet une évolution plus facile dans la profonde cavité pelvienne, qu'un nombre même restreint de pinces peut rétrécir et rendre difficiles les manœuvres opératoires. Les pinces placées sur les pédicules qui restent dans la cavité pelvienne, devant être remplacées par des ligatures, constituent un temps perdu qui prolonge l'opération. Enfin, les pinces placées sur le pédicule utérin peuvent saisir l'uretère, accident toujours grave, alors même que la ligature ultérieure n'est placée que sur le pédicule, car la mortification de la paroi urétérale déterminera une fistule plus ou moins tardive.

Par la double ligature et la section successive du pédicule annexiel, du ligament rond et du pédicule utérin, on évite les pinces, la ligature ou le pincement des uretères, et l'on obtient une hémostase parfaite tant pendant l'opération qu'après l'enlèvement de la masse utéro-annexielle.

Par le décollement de la vessie et l'ouverture en première ligne du cul-de-sac vaginal antérieur, par la luxation du col utérin et la section par le vagin des culs-de-sacs latéraux et postérieur, on facilite l'extirpation de l'utérus, car l'on commence par le point le plus accessible, le cul-de sac vésico-utérin. Le décollement du vagin se fait de bas en haut, ce qui permet d'éviter l'ouverture du rectum. Enfin la luxation et la traction du col de l'utérus en haut, éliminent la possibilité d'atteindre l'uretère au moment de l'isolement complet du col, car les tractions sur le col ont pour résultat d'éloigner de l'utérus l'uretère, qui tombe sur la paroi vaginale en abandonnant le flanc de l'utérus.

Par la réduction sous-péritonéale des moignons vasculaires et la reconstitution parfaite du plancher pelvien péritonéal, on supprime la surface cruentée, avec laquelle l'intestin pourrait

contracter des adhérences et donner lieu à des douleurs pelviennes post-opératoires, et même à l'obstruction intestinale par la fixation permanente d'une anse intestinale coudée, au plancher pelvien.

Par la fermeture du vagin on supprime le contact de la cavité pelvienne avec le vagin, ce qui permet d'éviter l'infection secondaire par les sécrétions vaginales.

Par le drainage du pelvis par le vagin dans les cas indiqués, on assure la localisation d'une infection possible et le facile écoulement des sécrétions qui peuvent avoir lieu dans le pelvis infecté par le contenu annexiel.

L'indication de la castration abdominale totale peut se résumer en deux mots : elle doit être le traitement de choix dans tous les cas d'annexite double où le traitement conservateur, conduit par le principe *parce ovario et utero si possis*, ne peut s'appliquer, et cela quel que soit l'état de l'utérus, la conservation de ce dernier après la double salpingo-oophorectomie me paraissant inutile et dangereuse même. Inutile, parce que la conservation de l'utérus après l'ablation bilatérale des annexes ne diminue en rien les inconvénients de la castration double ; dangereux, parce que la conservation de l'utérus peut conduire à une intervention ultérieure destinée à l'ablation de l'organe par la voie vaginale. En effet, le plus souvent l'utérus a été la voie de transmission de l'infection de cause externe aux annexes ; aussi est-il ordinairement, sinon plus, tout au moins aussi atteint que les annexes dont on a jugé l'extirpation indispensable ; or, conserver l'utérus dans ces cas, c'est s'exposer à voir continuer en partie les troubles antérieurs et assister à leur aggravation.

La conservation de l'utérus après la castration double peut-elle être utile ? Non, car, même dans ces cas, il n'est pas rare d'assister, tôt ou tard après l'opération, à l'explosion d'une série de troubles dus aux altérations utérines primitivement peu apparentes. Enfin, même dans les cas où l'utérus paraît et est en réalité indemne au moment de la castration double, sa conservation peut avoir des inconvénients tels, que le bénéfice d'une opération aussi importante que la castration bilatérale disparaît devant les troubles utérins tardifs ou précoces. Ceux-ci sont dus à la présence d'un organe mal soutenu, prédisposé à toutes les déviations avec leur cortège symptomatique, et aussi au fait

qu'après le salpingo-oophorectomie par la voie vaginale ou abdominale, l'utérus conserve les pédicules des ligatures donnant lieu à une série de troubles et de symptômes douloureux. Enfin un dernier argument contre la conservation quand même d'un utérus, inutile toujours, dangereux souvent, c'est que son ablation dans certains cas de suppuration pelvienne septique permet par le conduit vaginal un drainage autrement bon que le drainage abdominal.

En somme, je crois que, dans tous les cas où l'ablation totale et bilatérale des annexes s'impose, il faut remplacer la castration simple par la castration totale.

Laquelle des deux voies : vaginale ou abdominale, est préférable ? Je crois qu'il faut être éclectique, les deux voies ayant leur indication suivant les lésions constatées.

On peut, en effet, diviser les suppurations annexielles en plusieurs variétés : celles à évolution franchement pelvienne et vaginale s'accolent à l'utérus auquel elles adhèrent et avec lequel elles font corps ; celles à évolution plutôt abdominale, adhérentes ou non aux flancs de l'orifice supérieur du bassin et paraissant plus ou moins indépendantes de l'utérus.

Aux premières convient plutôt la castration vaginale totale, aux secondes la castration abdominale totale. Il y a des cas où la simple castration utérine par la voie vaginale (opération de Péan) s'impose : c'est l'abcès pelvien compliqué de Landau, c'est-à-dire la combinaison simultanée de suppurations bilatérales des annexes avec des foyers purulents dans la cavité pelvi-péritonéale et dans le tissu conjonctif pelvien. Ces collections purulentes incluses dans des annexes fusionnées avec les parties voisines ou circonscrites par des adhérences, séparées de la grande cavité péritonéale par des tractus solides et organisés, véritables processus fibreux, ne peuvent être ouvertes et largement drainées que par l'opération de Péan. Celle-ci est encore indiquée dans le traitement de grosses poches adhérentes, non énucléables, surtout si elles sont compliquées de fistules vaginales, et dans ces suppurations chroniques du tissu cellulaire péri-utérin abandonnées à leur ouverture spontanée le plus souvent en communication avec les organes voisins (Bouilly). En somme, dans tous ces cas où il s'agit plutôt d'une opération évacuatrice, l'hystérectomie vaginale représente un drainage idéal, grâce auquel les collections

purulentes se vident, peuvent être détergées et taries (Bouilly).

Hormis ces cas, il reste ceux où les lésions sont limitées aux annexes, où les poches annexielles closes, libres ou plus ou moins adhérentes et bilatérales demandent une intervention destinée à en pratiquer l'ablation. C'est dans ces cas que la castration totale utéro-annexielle s'impose, et il reste à faire le choix entre la voie vaginale et l'abdominale. Sauf les cas où les lésions sont nettement bilatérales et les poches annexielles collées à l'utérus avec lequel elles se déplacent, où en un mot elles forment une masse unique utéro-annexielle indépendante des parois pelviennes, qu'on peut espérer pouvoir enlever en totalité par la voie vaginale, c'est à la voie abdominale qu'on s'adressera, et cela pour plusieurs raisons : d'abord parce que cette voie seule permettra de parfaire un diagnostic douteux sur la bilatéralité et l'intensité des lésions annexielles ; elle seule permettra, le cas échéant, l'extirpation complète, sans restes, des annexes altérées et de l'utérus, chose toujours difficile et souvent impossible par la voie vaginale. Tous les chirurgiens reconnaissent, en effet, qu'une castration totale utéro-annexielle par la voie vaginale est le plus souvent impossible, tandis que par la voie abdominale je n'ai pas rencontré un seul cas où l'ablation utéro-annexielle fut impossible. La question du drainage vaginal, supérieur sans conteste au drainage abdominal ne peut entrer en ligne de compte, vu qu'après la castration totale, si les poches annexielles ont pu être extraites sans rupture et sans épanchement du contenu dans le pelvis, le drainage est inutile, le pelvis est fermé et la guérison se fait autrement rapidement qu'à la suite de l'hystérectomie vaginale avec les pinces et le sphacèle consécutif; si les poches ont été ouvertes pendant l'acte opératoire, on peut établir le drainage du pelvis par le vagin et on évite les conséquences souvent fâcheuses du drainage abdominal.

Un dernier argument qui milite en faveur de la castration totale abdominale c'est son exécution plus facile et sa plus grande bénignité. Cette proposition peut paraître paradoxale, il n'en est pourtant rien, car dans la castration totale abdominale, l'hémostase est plus facile, mieux réglée et jamais, par mon procédé, je n'ai eu une hémorragie primitive ou secondaire ; les accidents opératoires comme les blessures des uretères, de la vessie et du rectum, accidents assez fréquents dans la castration vaginale

totale, sont inconnus dans l'opération par la voie abdominale.

En résumé : la castration abdominale totale présente sur la castration vaginale totale les avantages suivants, qui font de la première l'opération de choix dans le traitement des affections septiques utéro-annexielles :

1° Elle évite toute méprise sur la bilatéralité et la gravité des lésions ;

2° C'est une opération faite à ciel ouvert, réglée, méthodique, d'exécution facile ;

3° Elle permet l'ablation complète des organes malades et donne par là même des résultats thérapeutiques parfaits et durables.

4° Contrairement à la castration vaginale totale, elle met à l'abri des accidents opératoires ou post-opératoires comme : l'hémorragie primitive ou secondaire, la blessure des organes voisins : uretère, vessie, rectum.

5° Grâce à l'asepsie elle est aussi bénigne, sinon plus, que l'intervention par la voie vaginale.

H. Claude et L. Weber.

(*A suivre.*)

---

## 69e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

*réuni à Brunswick du 20 au 26 septembre 1897.*

### Section de Gynécologie.

#### DU CANCER DE L'UTÉRUS.

M. Thorn (Magdebourg). — L'extirpation totale de l'utérus par le vagin est devenue une des opérations les moins dangereuses pour la vie dans les cas simples. De 20 à 30 % la mortalité est tombée à 5 % ; mais, malheureusement, les résultats définitifs ne correspondent pas à ces heureux résultats opératoires.

La médiocrité de ces résultats définitifs ne tient pas à l'insuffisance des procédés opératoires, mais à la période à laquelle les malades s'adressent au chirurgien. Au moment du premier examen, 70 % des malades chez lesquelles on découvre un cancer utérin sont déjà inopérables ; et sur 30 % qui restent, il en est beaucoup chez lesquelles le néoplasme a déjà franchi les limites

de l'utérus et pour lesquelles la récidive à brève échéance peut être regardée comme inévitable.

L'inoculation du néoplasme sur la plaie opératoire a peu d'importance et est rare. Il est douteux qu'il soit utile de substituer le fer rouge au couteau, comme l'a proposé Mackenrodt dans le but d'éviter cette inoculation. Sur 62 extirpations vaginales d'utérus cancéreux, M. Thorn a compté 27 récidives dans les deux premières années ; toutes ces récidives se sont produites dans des cas où l'opération n'avait pu atteindre les limites de la propagation du néoplasme et elles se sont faites là où l'examen des parties enlevées permettait d'en pronostiquer le retour.

Quoi qu'on en ait dit, l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale n'en est pas moins une bonne opération palliative. Les opérations par les voies sacrale, périnéale et abdominale sont plus dangereuses et ne donnent pas de meilleurs résultats. Voici quels sont les principes qui, au point de vue de l'indication de l'opération, doivent guider le chirurgien :

Dans tous les cas de cancer utérin, limité ou avec extension, quand l'utérus est suffisamment mobile et pas trop volumineux, il faut faire l'extirpation totale par le vagin. Qu'il s'agisse d'un cancer du col ou du corps, il faut enlever les annexes, si cela est possible sans augmentation des dangers. Les pédicules seront suturés dans les angles de la plaie et la fente péritonéale sera fermée. Si l'utérus gravide ne peut être enlevé en bloc à cause de son volume ou de l'étroitesse du bassin, après avoir ouvert le cul-de-sac vaginal antérieur, on ouvrira la paroi antérieure de l'utérus ; puis, après avoir extrait le fœtus, on enlèvera l'utérus ainsi diminué de volume. Il est rare, même à terme, que l'on doive recourir à l'opération de Freund. S'il s'agit d'un cancer du col tout au début et s'il existe des complications (âge avancé, maladie du système vasculaire, néphrite, tuberculose, etc.) on se bornera à faire l'amputation par le procédé de Schrœder. Si l'utérus est immobilisé par l'extension du cancer, on renoncera à toute opération radicale.

Voici maintenant quelle est la statistique recueillie à la clinique gynécologique de Magdebourg :

Sur 10.500 malades, on a compté 226 cancers utérins, soit une proportion de 2 %. Sur ce nombre il y avait 11 % de cancers du corps. On ne comptait que 80 (35 %) cas opérables, et sur ce nom-

bre 34 (42,5 %) pouvaient être regardés comme dépassant les limites de l'utérus. 71 malades ont été opérées (5 ont refusé l'opération et 4 ont été opérées ailleurs) ; 9 ont subi l'amputation du col et 62 l'extirpation totale (dans un cas on a fait aussi la laparotomie). De ces dernières une seule malade, âgée de soixante et un ans, a succombé onze heures après l'opération (mortalité 1,6 %); deux utérus étaient gravides (2e et 5e mois) et 16 fois il s'agissait de cancer du corps.

Parmi les 62 cas d'extirpation totale, on comptait 30 cas dépassant l'utérus (48 %); deux des malades ont succombé avant toute récidive (une par l'opération et l'autre au bout de six mois, par embolie). Des 28 autres, 16 ont eu une récidive dans la première année, 4 dans la seconde, 3 dans la troisième et une dans la quatrième. Pour les 4 autres qui n'ont pas encore de récidive, le temps écoulé depuis l'opération est de cinq mois, deux ans, deux ans et demi et trois ans.

Pour les 32 cas dans lesquels le néoplasme était bien limité à l'utérus, il y a 10 malades qui sont opérées depuis moins de deux ans et pour lesquelles on ne compte aucune récidive ; sur les 22 autres, on compte 2 récidives dans les deux premières années, 7 récidives tardives, 3 décès par tuberculose et 10 guérisons qui se maintiennent (l'une depuis 7 ans et l'autre depuis 8 ans).

Des neuf malades ayant subi l'amputation du col, 8 étaient atteintes de cancer tout au début ; 4 n'ont pas eu de récidive (l'une depuis 8 ans et demi). L'autre avait un cancer un peu plus avancé, mais une embolie pulmonaire antérieure n'a pas permis de lui faire courir les risques de l'ablation totale ; elle n'a pas de récidive, quoique l'opération remonte à trois ou quatre ans.

En somme, la moitié des cancers limités à l'utérus ont obtenu une guérison durable, c'est-à-dire de plus de cinq ans. Le progrès consistera moins dans le perfectionnement des méthodes opératoires que dans la précocité du diagnostic.

---

### LE CANCER DE L'UTÉRUS DANS LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

M. Fehling. — Si le diagnostic du cancer de l'utérus est généralement facile, il n'en est pas toujours de même de celui de la grossesse concomitante. L'association de la grossesse et du can-

cer n'est pas d'un pronostic particulièrement mauvais, puisque sur 9 cas de ce genre Olshausen a obtenu 4 guérisons.

Dès qu'au cours d'une grossesse on a reconnu l'existence d'un cancer, il faut opérer, si le cas est opérable, sans tenir compte de l'enfant. Si l'opération est impossible, il faut d'autant plus se soucier de la vie de l'enfant que celle de la mère est sacrifiée. D'ailleurs, pendant la grossesse, l'opération est plus facile, par suite de l'imbibition séreuse des tissus.

Si l'utérus est trop volumineux pour être extrait par la voie vaginale, Olshausen conseillait autrefois de provoquer l'avortement et d'opérer huit jours après. Il a abandonné avec raison cette façon d'agir. Il faut avant tout diminuer le volume de l'utérus. Quelquefois il suffira de ponctionner la poche des eaux. D'autres fois on devra inciser l'utérus sur la ligne médiane et enlever le placenta. Si l'enfant est trop volumineux pour passer par le vagin et surtout s'il est viable on l'extraira par l'opération césarienne. L'extirpation totale par la méthode de Freund semble donner de mauvais résultats.

Une fois le diagnostic posé, il faut renoncer à toute exploration, à tout curettage des parties cancéreuses. L'excision du col n'est acceptable que comme traitement palliatif.

Si le cancer est reconnu pendant l'accouchement, l'extirpation totale, si elle est encore possible, doit être faite aussitôt après la délivrance. Si le cancer est inopérable, il faut enlever les parties malades à la curette, inciser hardiment les parties latérales du col et attirer la tête avec le forceps dès que l'ouverture sera suffisante. La version expose davantage à la rupture de la paroi utérine. Si le fœtus est mort, on fera la perforation du crâne. Si l'enfant est vivant et ne peut passer par le vagin on aura recours à l'opération de Porro et non à la simple opération césarienne.

Tout cancer utérin reconnu après l'accouchement doit être enlevé aussitôt que possible.

---

### DU TRAITEMENT DE RÉSORPTION DANS LES INFLAMMATIONS DES ORGANES PELVIENS DE LA FEMME.

M. W. A. Freund. — Voici les principes qui servent de guide dans le traitement des inflammations des organes pelviens de la femme :

Dans le premier stade, celui d'inflammation simple, il faut employer les antiphlogistiques qui ont depuis longtemps fait leurs preuves.

Dans le troisième stade, celui de suppuration, il faut intervenir par une opération : ouverture d'abcès, extirpation de l'organe, suivant le degré du mal.

Dans le second stade, celui de l'exsudation torpide et de l'infiltration, il faut faciliter la résorption. Aux moyens usités pour cela, M. Freund a ajouté la pression continue pendant des heures à l'aide d'un sac de cendrée que l'on applique d'une part par le vagin, et d'autre part sur l'abdomen.

M. Veit décrit les détails de ce traitement. On introduit, à l'aide du spéculum, dans le vagin un condom que l'on remplit d'un kilogr. ou un demi-kilogr. de grains de plomb ; sur l'abdomen, on place un sac qui peut en contenir deux ou trois kilogs. Ces sacs de plomb s'adaptent exactement aux parties et exercent une compression régulière et généralement bien supportée. On peut les laisser en place chaque jour pendant quelques heures, et ce traitement dure deux ou trois semaines. A la clinique de Strasbourg, M. Freund n'emploie cette thérapeutique que pour les tumeurs indolentes, après s'être assuré de l'absence de pus au moyen de la ponction.

(*Bull. méd.*)

---

# REVUE DE LA PRESSE

—

### ACCIDENTS GRAVIDO-CARDIAQUES.

(S. Remy. In *Rev. méd. de l'Est.* du 1er mai 1897.)

Les cliniciens ne sont pas tous d'accord sur la part d'influence qu'il faut attribuer à la grossesse sur la marche des maladies du cœur. Tandis que les uns, en effet, estiment que les auteurs ont beaucoup trop chargé le pronostic et pensent que la présence d'une lésion valvulaire ne trouble pas en général le cours de la grossesse, pourvu que certaines précautions soient prises pour éviter le surmenage du muscle cardiaque, d'autres, au contraire, beaucoup moins optimistes redoutent l'apparition plus ou moins brusque des accidents gravido-cardiaques.

Il y a du vrai dans l'une et l'autre opinion ; mais ce que l'on peut encore dire, c'est qu'on ne peut pas prévoir quels sont les cas qui auront une terminaison heureuse et ceux qui prendront une tournure fâcheuse. Le Dr Remy donne, comme preuve de ces surprises cliniques, le cas d'une dame qui, depuis 15 ans, avait toujours joui d'une excellente santé et qui, à l'occasion de sa neuvième grossesse, fut prise d'accidents gravido-cardiaques formidables, accoucha prématurément et retrouva ensuite la santé.

---

UN CAS DE DIPHTÉRIE DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES CHEZ UNE FILLETTE DE 17 MOIS.

Le frère aîné (trois ans) de la fillette ayant contracté la diphtérie, à laquelle il a succombé plus tard, elle fut envoyée chez ses grands parents, à quelques kilomètres de sa demeure. Après la mort de son frère et la désinfection de la maison, la fillette a été ramenée chez ses parents, mais ceux-ci s'aperçoivent qu'elle a du prurit génital et que la miction est douloureuse.

A l'examen on constate que les grandes lèvres sont fortement tuméfiées et œdématiées. La peau qui les recouvre est d'une teinte bleue-violette, par place excoriée. L'attouchement est très douloureux. La surface muqueuse est d'un gris sale, parsemée d'un pointillé rouge, rugueuse. Le clitoris et les petites lèvres sont d'un rouge intense. Les ganglions de l'aine sont durs, douloureux, la peau qui les recouvre est rouge, chaude. Odeur faiblement gangréneuse. Température 38°7. Les jours suivants des fausses menbranes ont apparu. L'enfant est mort quatorze jours après le début, avec symptômes habituels de l'intoxication diphtérique. A aucun moment on n'a constaté de manifestations de la diphtérie.

---

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, ACCOUCHEMENT PAR LE RECTUM AYANT DURÉ PLUS DE DIX ANS.

En 1884 une femme de 28 ans, présentant une grossesse extra-utérine, voit le kyste se rompre ; cet accident entraîne toute la symptomatologie de l'infection puerpérale ; cependant au bout de quelques mois la malade se remet.

Au bout de deux ans et demi, elle rendit par le rectum quelques os

du fœtus. Jusqu'en 1895 elle rendit de temps à autre quelques parties fœtales ; la sortie de ces débris était accompagnée de douleurs et parfois de sang.

Le 13 janvier 1895, le Dr de Sepibus, qui relate cette observation dans la *Rev. méd. de la Suisse Romande*, fut appelé de nouveau auprès de cette malade pour deux nouvelles pertes de sang. Parmi les caillots rendus par le rectum se trouvait encore un os du crâne.

La malade succomba cette fois à la péritonite.

---

HÉMATOME DE LA VULVE ET DU VAGIN CONSÉCUTIF A UN ACCOUCHEMENT NORMAL.

Le Dr Lefranc (de Rethel) publie, dans l'*Union médicale du Nord-Est*, un cas d'hématome au sujet duquel il donne des détails cliniques très importants.

Sous les noms différents d'hématocèle des grandes lèvres, d'hématome de la vulve et du vagin, les auteurs désignent un épanchement sanguin collecté ou infiltré dans l'épaisseur du tissu cellulaire des grandes lèvres et des petites lèvres, du vagin, du périnée, et qui remonte quelquefois jusqu'aux cavités pelviennes et abdominales.

L'hématome de la vulve peut avoir des causes différentes et naître dans des circonstances différentes : 1° En dehors de l'état de grossesse ; 2° Pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou après la parturition. Rare en dehors de l'état puerpéral, il s'observe surtout avant ou après l'accouchement. Cependant, même dans ces conditions, il ne se rencontre pas fréquemment.

En effet, Deneux n'en a observé que trois cas sur 1,400 accouchements.

Winckel, 1 cas sur 1,600 accouchements.

Charpentier, 1 cas sur 1,800 accouchements.

Johnson et Sinclair, 7 cas sur 1,300 accouchements (Duplay).

Dans ce nouveau cas, la tumeur commença à se produire deux heures après un accouchement normal : à ce moment survint une douleur très vive s'accompagnant d'une tuméfaction progressive de la grande lèvre droite. Au moment où il est appelé, M. Lefranc découvre une tuméfaction de la grosseur d'un œuf siégeant au niveau de la grande lèvre droite. Cette tuméfaction grossit à vue d'œil et atteint rapidement le volume d'une grosse orange. A ce moment, la muqueuse vaginale qui forme la paroi antéro-interne de la tumeur prend une

teinte violacée, et, au niveau de l'anus et à droite, il existe déjà une tache ecchymotique noirâtre de la largeur d'une pièce de cinq francs.

La tumeur occupe toute la grande lèvre droite, s'étend vers le bas jusqu'au rectum et remonte jusqu'au cul-de-sac latéral droit, décollant ainsi le vagin. Elle est mate à la percussion et point fluctuante. Elle n'est pas réductible, et on ne perçoit ni battement, ni souffle. La muqueuse vaginale est très distendue, et menace de se rompre sous l'effort des douleurs expulsives de la patience que l'on croirait à la dernière période de son accouchement. Les douleurs sont tellement aiguës et conquassantes qu'elle prie de la soulager à tout prix.

L'hématome est alors ouvert largement, la poche est lavée au sublimé, et tamponnée à la gaze iodoformée. Le soulagement fut très rapide et la guérison survint rapidement.

Deux choses sont à noter dans cette observation : la formation de l'hématome et l'urgence de l'intervention.

Les auteurs sont loin d'être d'accord au sujet de l'étiologie de cette affection.

Aucune des causes invoquées habituellement, varices de la vulve, étroitesse du vagin, malformation, maladie du cœur, application du forceps, ne pouvait être admise ici.

L'accouchement a été normal, et l'accouchée était même une secondipare. Mais, comme l'a fait si judicieusement remarquer de Sinéty, deux facteurs se réunissent pour favoriser la formation de l'hématome. D'un côté, la vascularisation plus considérable ; d'un autre, la laxité plus grande des tissus qui entrent dans la structure des organes génitaux pendant la grossesse. C'est à cette cause seule qu'est dû l'hématome qui fait l'objet de cette relation.

Que s'est-il passé ? Le canal vaginal étant plus étroit à son ouverture inférieure qu'à sa partie supérieure, la tête, en sortant, s'est coiffée de la partie la plus étroite ; et, l'orifice vulvaire ne cédant pas, le vagin, sous l'effort des contractions utérines violentes, s'est décollé et séparé des tissus qui l'entourent, amenant ainsi la rupture des nombreux et gros vaisseaux de la région.

L'accord entre les auteurs n'est pas plus unanime quand il s'agit du traitement.

Velpeau et Nélaton, Duplay et Sinéty préconisent l'intervention lorsqu'il y a menace de rupture et conseillent l'ouverture large de la poche et l'évacuation des caillots. Hervieux, et, après lui, Charpentier, pré-

fèrent attendre, pour intervenir, la rupture spontanée de l'hématome.

Or, dans ce cas, il est probable que l'expectation pure et simple aurait été un danger de plus pour l'accouchée.

Non seulement on n'aurait pas eu la satisfaction d'apporter du soulagement à la malade (ce qui est bien quelque chose pour un praticien), mais encore, on aurait assisté à un sphacèle étendu de la poche, à une plaque d'eschare de la peau au niveau et à droite de l'anus, de l'étendue d'une pièce de cinq francs au moins, et, peut-être, à une hémorrhagie redoutable qui aurait entraîné la mort de la malade.

La pratique de l'antisepsie permet au chirurgien d'autres audaces !

(*Journal de Méd. et de Chir. prat.*)

---

DE L'INFLUENCE DE LA MORT DU FŒTUS SUR L'ALBUMINURIE DE LA GROSSESSE

M. Lannois a observé dernièrement une malade qui avait eu des suppurations prolongées d'origine tuberculeuse et chez laquelle il existait de ce fait une lésion rénale. Sous l'influence d'une grossesse, l'albumine augmenta considérablement et il se déclara des accidents de dyspnée urémique grave. Au moment où l'on discutait l'opportunité de provoquer l'expulsion du fœtus, celui-ci mourut. Cette mort du produit de conception amena un soulagement immédiat chez la malade : la dyspnée et l'albuminurie cessèrent rapidement. Ces faits de disparition de l'albuminurie de la mère, coïncidant avec la mort du fœtus, sont assez rares, mais ils existent cependant et sont bien connus des classiques.

M. Lannois se demande à quelle cause il faut rattacher cette action bienfaisante de la mort du fœtus. Agit-elle sur les lésion de la néphrite gravidique ? Sur l'auto-intoxication que beaucoup, et notamment M. Pinard, admettent comme une conséquence des lésions rénales ou hépatiques ? L'auteur croit que, dans certains cas, le placenta peut donner passage à des produits plus ou moins toxiques provenant du fœtus. Si le fœtus meurt, la circulation placentaire s'arrête et l'intoxication du sang maternel, par les produits nocifs du fœtus cesse par ce fait même que la cause première du poison est supprimée. (*Lyon médical*, 10 janvier.)

M. Delore, à propos de la précédente communication, publie dans *l'Echo médical de Lyon* (15 février) un intéressant article. Après

avoir résumé brièvement l'anatomie et la physiologie du placenta, l'auteur dit que le fœtus fabrique bien des leucomaïnes, mais que ces déchets doivent se borner à peu de chose. Bustamente a signalé l'acide carbonique exhalé qui, déplaçant l'oxygène du sang maternel, en rend l'absorption plus facile. Mais l'acide carbonique, à faible dose, n'est pas un poison. De plus, les substances que le fœtus élimine pendant sa vie spéciale doivent être en petite quantité, car il ne manga pas et n'est pas obligé de digérer ; il ne transpire pas ; il ne respire pas ; la plus grande partie de sa chaleur lui vient de l'utérus. Dans certains cas pathologiques, cependant, le fœtus peut réagir sur la mère. Plusieurs faits cliniques tendent à prouver que le mari peut transmettre à sa femme le terrain propice du cancer et de la tuberculose, par l'intermédiaire d'une grossesse. La syphilis conceptionnelle est un autre exemple fréquent et indéniable. Certaines maladies microbiennes attaquent le fœtus tout en respectant la mère. On comprend que, dans ces cas, la mort du fœtus, puisse amener la cessation de l'albuminurie chez la mère. Mais l'auteur croit que l'albuminurie des femmes enceintes, qui est si fréquente, n'est pas due, dans la plupart des cas, à une intoxication fœtale. Il croit que, sous l'influence des modifications circulatoires et chimiques qui se produisent dans l'organisme de la femme enceinte, les microorganismes qui trouvent toujours une porte d'entrée dans l'économie envahissent plus facilement les organes urinaires. L'albuminurie gravidique serait donc d'origine microbienne. La cessation de l'albuminurie, après la mort du fœtus, s'expliquerait par ce fait que l'organisme, revenant à l'état normal, les microbes ne trouvent plus un terrain favorable pour se développer.

---

### LE DÉCUBITUS ACUTUS, COMPLICATION POSSIBLE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

Les eschares sacrées, à formation rapide, se rencontrent à la suite d'un grand nombre d'opérations gynécologiques. M. Segond en a observé plusieurs cas chez des femmes laparotomisées ou opérées de résections sacro-coccygiennes, mais l'auteur étudie spécialement cette complication comme conséquence de l'hystérectomie vaginale. Sur 542 opérations, elle n'a été observée que six fois ; c'est donc une complication très rare. Ces femmes étaient des femmes jeunes sans antécédents pathologiques en dehors de leurs lésions pelviennes.

L'acte opératoire n'a pas été plus particulièrement difficile qu'à l'ordinaire. Cliniquement, les choses se sont passées de la même manière sur les six opérées. Cinq jours après l'hystérectomie dans quatre cas, et trois jours dans les deux autres, on constata, au siège et sur l'un des côtés de la crête sacrée, la brusque apparition d'une large plaque érythémateuse, limitée par un contour plus ou moins régulier, assez douloureuse à la pression et compliquée d'une tuméfaction très accusée du derme et des parties sous-jacentes. En même temps, l'état général est devenu plus ou moins mauvais. L'eschare se constitue rapidement et en deux ou trois jours elle atteint la surface de la paume de la main et s'étend jusqu'à l'os. Ajoutons que toutes les malades ont guéri.

La pathogénie de cette gangrène rapide est assez dificile à expliquer.

M. Segond croit que ce trouble trophique est dû aux manœuvres de l'hystérectomie par la forcipressure. Les pinces étreignent et meurtrissent forcément des filets nerveux plus ou moins importants et le processus irritatif qui en résulte, en se prolongeant le long des nerfs du bassin, amène un trouble profond dans la nutrition des tissus. Cette complication est exactement comparable au décubitus acutus d'origine spinale. (*Rev. de gyn.*, n° 1.)

---

DES DANGERS D'UNE CONCEPTION TROP RAPPROCHÉE D'UNE OVARIOTOMIE.

Au récent Congrès de gynécologie et d'obstétrique tenu à Genève du 1er au 15 septembre dernier, M. Laroyenne a appelé l'attention sur un accident susceptible de se reproduire par le fait d'une grossesse survenant peu après l'ablation d'un kyste de l'ovaire.

Il s'agissait d'une multipare de 21 ans opérée, à la Charité de Lyon, d'un volumineux kyste de l'ovaire. L'intervention n'avait rien présenté de particulier. Le pédicule épais, court et situé à gauche n'offrait rien d'anormal. Il fut lié au fil de soie par transfixion avec deux anses enchaînées l'une à l'autre. L'opérée s'en retourna dans son pays dans un état satisfaisant ; les règles reparurent un mois après l'intervention et firent défaut le deuxième et le troisième mois après cette dernière.

Trois mois après l'opération, en pleine santé, cette femme fut prise, chez elle, de douleurs subites dans l'abdomen, qui était en voie manifeste de développement. Des vomissements et de l'anxiété respiratoire apparurent et cet état se prolongea pendant cinq jours, au bout desquels elle fit avec grand'peine le voyage de Lyon pour rentrer à la Charité.

La situation désespérée dans laquelle elle se trouvait interdisait alors toute intervention. La mort survint le jour même de son arrivée.

L'autopsie montra la cavité péritonéale remplie de caillots sanguins, et, dans l'utérus, un embryon de deux mois environ. L'utérus, volumineux comme il est normalement à cette époque de la gestation, était en contact par son bord gauche avec une plaie du ligament large au niveau du pédicule du kyste. En ce point, la ligature était flottante et l'ouverture de deux artères apparaissait béante. C'étaient bien ces vaisseaux qui avaient fourni le sang : en effet, il n'existait nulle part ailleurs rien d'anormal. La situation de l'utérus, en rapport avec le siège de l'hémorragie, montrait que le développement gravidique de la matrice était la cause de tous ces accidents ; l'utérus, en effet, en augmentant de volume, avait déplissé le ligament large et le pédicule et refoulé son lien constricteur.

Cette communication met en évidence les dangers d'une grossesse survenant trop hâtivement après une ovariotomie et, de plus, indique que dans les cas où on pourrait intervenir au cours d'accidents semblables, c'est vers le pédicule du kyste opéré qu'il faut diriger ses recherches pour tarir l'hémorragie.

---

### DES TROUBLES DE LA MENSTRUATION DANS LES MALADIES DU CŒUR

Par le docteur Alfred Guilmard.

Les maladies du cœur influencent la menstruation dans son apparition : à la puberté ; dans sa disparition : à la ménopause ; et pendant la vie génitale.

La puberté peut être avancée ou retardée par une cardiopathie ; les lésions mitrales tendent plutôt à la retarder, les aortiques à l'avancer. Des hémorragies utérines surviennent parfois dès ce moment.

Pendant la vie génitale, les femmes sont exposées aux ménorrhagies, aux métrorrhagies, à la dysménorrhée et au catarrhe utérin.

La ménopause, contrairement à la puberté, paraît hâtée par les lésions mitrales et retardée par les lésions aortiques. Les métrorrhagies de la ménopause ne sont pas rares. L'hypertension artérielle et l'artério-sclérose entrent pour une bonne part dans leur production. On voit aussi, mais rarement, se produire des pertes, chez des femmes âgées, longtemps après la ménopause.

Les hémorragies utérines ne s'observent que chez les cardiaques en

état d'eusystolie ou d'hyposystolie ; elles font place à l'aménorrhée dès que survient l'asystolie confirmée.

---

HÉMORRHAGIES DANS LES VULVO-VAGINITES DES PETITES FILLES.

M. Comby communique plusieurs observations desquelles il résulte que dans la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles, l'inflammation peut se propager au vagin et à l'urèthre et déterminer alors un bourgeonnement de la muqueuse du méat ou un renversement, un prolapsus de la muqueuse uréthrale. Ce bourgeonnement ou ce prolapsus se présente sous forme d'une petite masse molle, très vasculaire qui saigne au moindre frottement. Cette petite complication de la vulvo-vaginite infantile n'est pas grave, la perte de sang n'est jamais très abondante, et les cautérisations de la surface saignante, combinées avec des lavages antiseptiques amènent rapidement la guérison.

---

# BIBLIOGRAPHIE

I. **Eléments d'ophtalmologie journalière**, par MM. les Drs Puech et Fromaget, anciens chefs de clinique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Les traités d'ophtalmologie sont nombreux. Beaucoup sont excellents et la publication de ces éléments ne saurait leur être substituée.

Les auteurs s'adressent au public médical le plus nombreux, à celui composé de praticiens qui cherchent, non les cas exceptionnels, mais ceux qui se voient chaque jour.

Ils se sont attachés à décrire les affections oculaires les plus communes dans leurs traits les plus frappants, à mettre en lumière les symptômes les plus facilement reconnaissables.

Ils ont de plus donné à la partie thérapeutique un développement très considérable, en s'attachant à décrire aussi minutieusement que possible les indications des traitements qu'ils conseillent. Ce côté thérapeutique, négligé dans presque tous les traités d'ophtalmologie, constitue un guide très sûr pour le médecin.

Ces « Eléments d'ophtalmologie », en raison du soin apporté à la description clinique des affections oculaires, seront d'une très grande utilité à tous les étudiants qui désireront s'initier à l'ophtalmologie.

Les auteurs, en débarrassant leurs descriptions de toutes les questions purement scientifiques, ont fait un excellent petit traité qui rendra des services signalés aux médecins et aux étudiants.

II. **Les toxines microbiennes et animales**, par le docteur Armand Gautier, membre de l'Institut, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. — Grand in-8° de 620 pages, avec 20 figures dans le texte. Prix 15 francs.

Aujourd'hui qu'il est établi que les causes directes de la maladie et du

retour à la santé résident dans l'action des poisons, ferments et contre-poisons sécrétés par les microbes ou par l'organisme lui-même, il est naturel de se demander ce que sont ces *toxines*, ces *ferments*, ces *antitoxines*, agents immédiats des désordres pathologiques et de la résistance de l'économie à l'intoxication.

Sur le sujet si nouveau des toxines et des antitoxines, aucun ouvrage n'avait encore été écrit nulle part ; personne, sans doute, ne pouvait mieux résoudre ce desideratum que celui auquel nous devons la découverte même des premières toxines microbiennes et animales.

Dans l'ouvrage de 620 pages in-8° que M. Armand Gautier publie aujourd'hui sur les *toxines microbiennes et animales*, il décrit d'abord les toxines alcaloïdiques ou *ptomaïnes* et *leucomaïnes*, leur origine, leurs procédés d'extraction et de séparation. Il fait l'histoire de toutes celles qui sont actuellement connues.

M. A. Gautier aborde ensuite l'étude des toxines proprement dites. Leur origine, leur nature, leur séparation des bouillons de culture, leur élimination de l'économie sont le sujet de chapitres successifs. L'auteur examine ensuite la constitution des virus, leur atténuation, leur transformation en vaccins, les mécanismes de l'immunisation ; la phagocytose, la production et la nature des antitoxines, la sérothérapie. Il étudie enfin chaque groupe de toxines en particulier : toxines et ferments végétaux (abrine, ricine), toxines et ferments animaux, toxines urinaires, sudorales, extraites des glandes, toxines des venins (qui forment un important chapitre de 48 pages) ; chairs et sangs vénéneux. Enfin, il fait l'histoire des toxines des maladies virulentes : toxines du charbon, de la tuberculose, de la diphtérie, du tétanos, de la morve, de la fièvre typhoïde, du choléra, de l'érysipèle, de la septicémie, de la pneumonie, des staphylocoque, gonocoque, etc.

A tous ceux qu'intéressent les grandes découvertes médicales de l'Ecole moderne, à tous les curieux des phénomènes de la vie, un tel livre est donc indispensable. Une bibliographie très complète permet au lecteur de recourir, lorsqu'il le désire, aux mémoires originaux et de compléter ses renseignements en chaque cas. Ajoutons que l'édition fait honneur à la Société qui la publie. L'impression est parfaite.

*Envoi* franco, *contre un mandat-poste de* **quinze francs**, *adressé à M. le Directeur de la* Société d'Editions scientifiques, *4, rue Antoine-Dubois, et place de l'Ecole-de-Médecine, à PARIS.*

III. **Conferencia dada el dia 22 de octubre de 1896, en el Colegio de medicos de Madrid**, por el doctor D. Vicente Llorente, como contestaciôn al folleto publicado por el Médico de Valladolid, Dr. D. Camilo Calleja, sobre el suero antidiftérico.

IV. **De l'antithermie dans la tuberculose pulmonaire**, par le Dr Paul Farina (de Menton). Menton, 1897.

V. **Les nouvelles méthodes dans le traitement de la diphtérie**, par le Dr De Crésantignes, membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, médecin du Ministère de l'Agriculture, Officier d'Académie, etc., etc.

Rarement découverte scientifique a eu autant de retentissement que

celle du *vaccin du croup*, et tout esprit cultivé cherche à s'éclairer non seulement sur la nouvelle méthode curative, mais encore sur la maladie qu'elle doit guérir.

En écrivant cet ouvrage, l'auteur a cherché à répondre à la légitime curiosité des gens du monde ; ils y trouveront tout ce qui peut les intéresser : notions sur la diphtérie, étude du microbe diphtérique, exposé des nouveaux traitements, discussion de leur valeur, etc.

Très autorisé par ses travaux antérieurs sur la diphtérie, le Dr de Crésantignes donne, chemin faisant, des conseils pratiques dont l'utilité n'échappera pas aux mères de famille, toujours soucieuses de la santé de leurs enfants.

VI. **Manuel des maladies des femmes, clinique et opératoire**, par A. Lutaud, médecin adjoint de Saint-Lazare. Un vol. in-12 de 508 pages, troisième édition, contenant 418 figures et un *Memento formulaire*. Paris, 1895, Bataille, éditeur. Prix : 8 francs.

L'auteur s'est efforcé de réunir dans cette nouvelle édition, complètement transformée, les procédés opératoires récemment introduits dans la pratique gynécologique.

Les procédés de diagnostic et les nouvelles méthodes d'exploration sont décrits minutieusement. Le massage gynécologique, le traitement des déplacements utérins, l'emploi des pessaires américains, les procédés de fixation de l'utérus ont été étudiés avec soin.

Enfin cette nouvelle édition contient un chapitre très important sur le traitement des fibromes et des grandes suppurations pelviennes *par la voie vaginale*. On sait que c'est là une question à l'ordre du jour et que l'hystérectomie appliquée aux lésions annexielles (opération de Péan et de Segond), a été longuement discutée pendant ces deux dernières années.

Ce livre peut donc être considéré comme un véritable manuel de gynécologie opératoire. Afin de rendre la description de chaque procédé aussi claire que possible, l'auteur a augmenté considérablement le nombre des figures. La première édition ne contenait que 160 figures et celle-ci en contient 418.

Malgré toutes ces améliorations et ces transformations le livre de M. Lutaud est resté un véritable manuel à la portée des élèves et des praticiens.

VII. **De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale (historique et technique de l'hystérectomie vaginale pour adénome, cancer, fibrome, lésions des annexes, prolapsus et inversion)**, par R. Pichevin, 28 fig. orig. dans le texte, Paris 1897. (*Sera analysé.*)

VIII. **Conferencias dadas en el colegio de medicos de Madrid y en el Instituto microbiologico acerca de la tuberculosis pulmonar**, por D. Vicente Llorente, director del Instituto microbiologico de Madrid, y delegado especial del gobierno de S. M.

IX. **L'urine normale de l'enfant**, par le Dr Carron de la Carrière et L. Monfet. (Académie de médecine, 20 juillet 1897.)

---

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**126.—Traitement des tranchées utérines.**— PATHOGÉNIE. — On donne le nom de tranchées utérines à des contractions douloureuses et intermittentes, qui surviennent chez les nouvelles accouchées. Les tranchées reconnaissent une double origine, elles sont dues tantôt à des causes *réflexes*, tantôt à des causes *mécaniques*.

I.— Au nombre des *causes réflexes*, il faut compter : toutes les excitations de la zone génitale ou de la zone mammaire : mouvements de l'accouchée se communiquant à l'utérus, succion du mamelon, etc. Pour Marotte, elles seraient la conséquence des crises aiguës de névralgie lombo-abdominale.

II. — Les *causes mécaniques* peuvent siéger :

A. En dehors de l'utérus : dans la zone péri-utérine on a noté l'influence qu'exerce la réplétion de la vessie et du rectum sur la production des coliques post-partum.

B. Dans l'utérus : la présence dans l'utérus d'un corps étranger quelconque, débris placentaires ou membraneux, caillot sanguin, etc., sollicite énergiquement les contractions du muscle utérin ; or ces contractions deviennent douloureuses quand elles agissent sur le col, et lorsqu'elles tendent à le dilater. C'est ainsi que les tranchées s'observent plus souvent et affectent plus d'intensité chez les femmes dont la contractilité utérine a perdu de sa puissance, chez les *multipares*, par exemple ; mais les primipares n'en sont pas absolument indemnes. Quand la cavité utérine a subi pendant la gestation une forte distension, du fait d'une hydropisie de l'amnios, ou d'une grossesse gémellaire, quand, pendant l'accouchement, le travail a été lent ; accompagné d'inertie, ou encore lorsque le travail a marché fort rapidement et que la déplétion de l'utérus a été très brusque, dans l'un comme dans l'autre cas, l'utérus se rétracte incomplètement ; les *ligatures vivantes* ne jouent plus leur rôle fonctionnel, le sang provenant de la plaie placentaire s'accumule dans l'utérus, des caillots se forment et leur expulsion ne peut se faire qu'au prix de contractions douloureuses.

Pour se convaincre de l'exactitude de cette pathogénie, il suffit d'examiner une accouchée atteinte de tranchées : la main placée sur l'hypogastre sent nettement l'utérus se durcir, se porter en avant, en même temps que la femme accuse une douleur plus ou moins vive, et immédiatement après on peut constater l'issue par la vulve d'une petite quantité de liquide sanguinolent ; une injection vaginale, donnée à ce moment, ramène fréquemment des débris solides plus ou moins volumineux.

Le plus souvent, grâce à leur peu d'intensité et à leur courte durée (24 à 48 heures d'ordinaire), ces coliques ne nécessitent aucun traitement ; cependant nous les avons vues, chez des femmes nerveuses en particulier, acquérir une activité intolérable, s'accompagner de vomissements, d'endolorissement de tout l'abdomen, de perte, de sommeil, etc. Même en dehors de ces cas extrêmes, les tranchées ne doivent pas, nous semble-t-il, être considérées comme quantité négligeable ; l'accouchée qui les endure est déjà surmenée par un travail quelquefois long et pénible ; or on sait que le surmenage est un des facteurs les plus importants dans l'étiologie des infections microbiennes ; il est donc indispensable de permettre à cet organisme épuisé de prendre le repos dont il a besoin, pour mieux lutter dans la suite contre l'invasion des éléments septiques.

Diagnostic. — La double notion pathogénique que nous venons d'établir a une grande valeur au point de vue du traitement. Les tranchées d'origine réflexe réclament en effet une autre thérapeutique que les tranchées de cause mécanique.

Mais peut-on en clinique les différencier ? Sans parler de l'examen minutieux des annexes, qu'il *faut* pratiquer immédiatement après la délivrance, et qui fera reconnaître que le placenta et les membranes ont été incomplètement expulpées, souvent l'aspect de l'utérus pourra donner une indication utile. Si, dans l'intervalle des contractions, l'utérus reste *dur et gros*, sans alternative de relâchement, la rétention de caillots ou de débris solides, a de grandes chances d'exister. Ce phénomène, il est vrai, n'est pas constant, mais chaque fois que nous l'avons constaté, nous avons pu nous rendre compte plus tard, qu'il était dû à la présence d'un corps étranger dans l'utérus.

Traitement. — Posons d'abord en principe qu'avant toute médication il sera nécessaire de vider la vessie, soit naturellement ce qui vaut mieux, soit par un cathétérisme, et d'administrer un lavement évacuateur.

I. *Tranchées d'origine réflexe.* Faut-il, à *titre prophylactique*, comme le veulent Velpeau et Jouslin, administrer de l'ergot de seigle immédiatement après la délivrance ? Faut-il, à l'exemple d'autres auteurs, pratiquer au même moment une injection intra-utérine ? Ces deux moyens nous paraissent presque toujours inefficaces, souvent même dangereux.

Comme traitement *curatif*, c'est l'opium qui, sous toutes ses formes, a été le plus recommandé. La poudre de Dower (50 centigrammes en 3 fois), l'élixir parégorique (60 à 80 gouttes en 3 fois), les injections hypodermiques de morphine, ont été employés très fréquemment. Mais le traitement classique par excellence des tranchées est le lavement laudanisé qui peut se formuler ainsi :

| | |
|---|---|
| Eau bouillie..... | 40 gr. |
| Laudanum..... | XV gouttes. |

Ces préparations opiacées, surtout la dernière, réussissent le plus souvent à calmer les douleurs utérines, mais elles ont quelquefois l'inconvénient d'amener un peu de constipation ; aussi préfère-t-on, dans quelques cas, d'autres hypnotiques, tels que le chloral, le bromure de potassium et l'antipyrine. Ce dernier médicament jouit d'une faveur toute spéciale ; nous l'avons souvent prescrit de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Antipyrine..... | 3 gr. |
| Sirop de bromure de potassium du Codex..... | 30 gr. |
| Hydrolat de feuilles d'oranger..... | 60 gr. |

Chaque grande cuillerée contient environ 80 centigrammes d'antipyrine.

On peut l'administrer aussi sous forme de lavement :

| | |
|---|---|
| Antipyrine..... | 2 gr. |
| Eau bouillie..... | 120 gr. |

L'extrait de viburnum prunifolium, seul ou associé à d'autres substances, possède aussi une action sédative marquée :

| | |
|---|---|
| Extrait fluide de viburnum prunifolium..... | ãã 15 gr. |
| Extrait fluide d'hydrastis canadensis..... | |

XX gouttes toutes les deux heures dans une boisson chaude.

Il sera aussi utile d'appliquer sur le ventre des serviettes chaudes (*propres*) ; la plus élémentaire prudence conseille de laisser de côté e vieux et septique cataplasme.

II. *Tranchées d'origine mécanique.* Si le diagnostic de tranchées par *rétention* s'impose, rappelons d'abord que la vessie et le rectum doivent être évacués.

L'*expression utérine*, tentée dans l'intervalle des coliques, pourra, bien des fois, principalement dans les heures qui suivent l'accouchement, rendre de grands services en débarrassant l'utérus des caillots qu'il renferme.

Les *injections vaginales chaudes* entre 45° et 48° agiront dans le même sens en faisant contracter le muscle utérin et en sollicitant ainsi l'expulsion des matières retenues. Leur action pourra être aidée par la potion à l'antipyrine déjà formulée.

Si ces moyens n'amènent pas le soulagement de la malade et la déplétion de l'utérus, si les coliques persistent avec la même intensité, on aura recours, mais seulement dans ce cas, aux *injections intra-utérines* faites avec prudence et à basse pression ; on verra le plus souvent, sous leur influence, les douleurs s'atténuer et le diamètre vertical s'abaisser, quand le corps étranger aura été entraîné au dehors par le liquide de l'injection.

Nous ne voulons pas insister sur les dangers que présentent parfois les injections intra-utérines, *non est hic locus* ; mais, en raison même de ces dangers, il faudra ne les employer qu'en dernier ressort et après l'insuccès des autres méthodes.

J.-L. Audebert.

***

**127. — Résultats éloignés des sutures abdominales.** — M. Abel (de Leipzig) a eu la patience de rechercher et d'examiner, au point de vue des résultats de la suture abdominale, 665 femmes qui avaient subi la laparotomie à la clinique de Leipzig depuis quatre ans et demi. Sur ce nombre, cinq seulement n'ont pas pu être retrouvées. Cette statistique ne comprend pas les opérations terminées par marsupialisation d'une poche, les opérations de hernie, celles faites pour péritonite tuberculeuse.

Quand la guérison a eu lieu par première intention, le chiffre des éventrations consécutives est de :

29 % pour la suture simple ;

24 % pour la suture des couches musculaires ;

8,9 % pour la suture isolée des fascia.

Lorsqu'il y a eu suppuration les chiffres d'éventration sont de 68 %

pour les deux premières catégories et de 34 % pour la troisième. Lorsque la suppuration n'a pas duré plus de deux semaines, la proportion se réduit à 40 % et elle s'élève à 80 % dans le cas contraire.

Plus le pannicule adipeux est développé et moins sont bons les résultats à ce point de vue. L'âge de l'opérée, ses grossesses, sont sans influence. Ce qui importe surtout, c'est de réunir séparément les divers plans et d'obtenir une guérison par première intention.

Les résultats de la statistique au sujet des ceintures abdominales semblent paradoxaux. Pour les opérées guéries par première intention et n'ayant pas porté de ceinture on ne compte que 5 % d'éventrations et on en compte 20 % chez celles qui ont porté une ceinture pendant trois ans. Cela signifie simplement que la ceinture est inutile. La prompte reprise du travail n'a pas d'inconvénient.

(*Bull. méd.*)

***

**128.— Pneumococcie et puerpéralité.** — M. Schuhl communique à la Société de médecine de Nancy un cas d'*infection puerpérale à pneumocoques*, affection dont la rareté même a engagé l'auteur à rapporter l'observation recueillie à la Maternité. Une secondipare est atteinte, au moment de la délivrance, d'une hémorragie due à l'inertie utérine qui nécessite l'extraction du placenta ; il y eut une rétention de la plus grande partie du chorion. Deux jours après l'accouchement, la femme eut de la fièvre qui persista malgré deux injections intra-utérines antiseptiques. Le curetage utérin, pratiqué le quatrième jour de la puerpéralité, permit d'extraire tout le chorion. Au cinquième jour de l'infection puerpérale, on constate chez la malade une angine avec fausse membrane. Le lendemain, la fièvre disparut et la température est ensuite restée normale pendant près d'un mois. Malgré l'apyrexie, l'accouchée a présenté encore plusieurs accidents. Un écoulement purulent abondant existait au niveau des parties génitales ; quatre semaines après l'accouchement, se développent des phénomènes inflammatoires du côté des annexes de l'utérus ; puis survient une pleurésie double avec épanchement peu considérable. La femme quitta la Maternité deux mois après son accouchement ; la pleurésie avait disparu, mais il y avait encore un peu d'empâtement et de légères douleurs de chaque côté de l'utérus.

L'enfant de cette malade a été atteint, sept jours après sa naissance,

d'une ophtalmie purulente de l'œil gauche qui s'est ensuite étendue à l'œil droit. Cette ophtalmie guérit, mais une petite taie persiste sur la cornée gauche.

L'intérêt que présente cette observation réside dans les résultats des recherches bactériologiques faites à l'institut sérothérapique de l'Est par M. Thiry, qui a examiné la fausse membrane développée sur l'amygdale, les lochies recueillies dans l'utérus et le pus provenant de l'ophtalmie.

Dans chacun de ces examens, il a trouvé le pneumocoque de Talamon-Frænkel. L'examen des lochies a été fait douze jours après l'accouchement, alors que la fièvre n'existait plus ; mais l'infection à ce moment n'avait pas encore complètement disparu, car un liquide purulent s'écoulait de l'utérus et plus tard des manifestations tardives de l'infection se sont produites au niveau des annexes de l'utérus. M. Schuhl croit pouvoir conclure que l'enfant a été atteint d'une ophtalmie à pneumocoques et que la mère a eu une infection puerpérale à pneumocoques avec une angine déterminée par les mêmes microbes.

M. Stoeber demande si l'ophtalmie purulente du nouveau-né n'a pas présenté quelque caractère particulier.

M. Schuhl a noté la présence de fausses membranes cornéennes accompagnant la suppuration oculaire. L'affection a débuté le septième jour seulement après la naissance, ce qui permet de penser qu'il s'agissait d'une infection pneumococcique post-partum, en admettant que la période d'incubation du pneumocoque soit la même que celle du gonocoque. L'ophtalmie a cédé aux lavages au permanganate.

***

**129. — Traitement de la cystite douloureuse par le curettage vésical chez la femme**, par le Dr G. Camero. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 24 sept. 1896, n° 77.) — Pendant un temps assez long, les lésions de la cystite sont superficielles et localisées au trigone et au pourtour du col, même dans certains cas très douloureux. Ce n'est que longtemps après et rarement que surviennent les altérations interstitielles si rebelles. C'est aux premiers cas que correspondent les améliorations très nettes obtenues par le curettage vésical. Chez l'homme, ce curettage se pratique à travers une boutonnière et une dilatation périnéale ; chez la femme, l'opération est plus simple.

Elle consiste (et c'est le procédé du prof. Guyon) dans la combinaison du curettage et du grand lavage de la vessie. La malade ayant été chloroformée après injection de morphine, on introduit une sonde de lithotritie à travers laquelle on injecte dans la vessie au moyen d'une seringue en verre de Guyon, et plusieurs fois de suite, 50 à 60 gr. d'une solution boriquée additionnée d'une partie pour 10 de liqueur de van Swieten préparée sans alcool. On pousse ainsi vivement le liquide et on fait un lavage de la vessie sans distendre celle-ci.

Une curette de Volkmann, de dimension moyenne, est ensuite introduite, et une fois dans la vessie, elle est tenue de la main droite, pendant que l'index de la main gauche est dans le vagin, la pulpe tournée vers la cloison vésico-vaginale. Sur le doigt gauche on râcle la vessie à la curette dont on sent très bien le travail ; on doit entendre crier assez nettement le tissu vésical. M. Guyon se borne à curetter le trigone et le pourtour du col, en raison de la localisation habituelle des lésions. La moitié de la vessie est ainsi curettée avec grand soin ; on fait jouer la curette sur la partie moyenne, puis sur les parties latérales mesurées et soutenues par l'index qui est dans le vagin. Entre temps, on a sorti la curette et fait, avec la sonde à lithotritie, de nouveaux lavages de la vessie. On curette ensuite tout le plan inféro-latéral. On laisse évacuer le contenu de l'organe avant de curetter le reste de la circonférence du col, en particulier la région supérieure. On introduit de nouveau la curette, le manche abaissé, le tranchant ramené en avant vers le pubis ; on peut refouler un peu la vessie à l'aide de la main gauche appliquée sur l'hypogastre, mais le plus souvent c'est le pubis qui fait le plan de soutien. On curette alors le pourtour du col et on pratique une série de lavages de l'organe. Enfin on curette l'urèthre, si on ne l'a fait en curettant le col, en ramenant la curette pendant les curettages supérieur et inférieur.

Puis on installe à demeure une sonde de de Pezzer, à champignons, qui tient seule et que l'on laisse quinze à vingt jours, en ne pratiquant de lavages qu'après quelques jours et en s'assurant que la sonde donne un écoulement régulier.

Cette intervention est simple, facile, souvent efficace ; elle ne produit jamais d'accident pour peu que l'on soit attentif, que l'on procède avec douceur ; l'hémorrhagie est peu abondante, il n'y a de douleurs que si la sonde fonctionne mal.

Le 27 mars le médecin se décida à pratiquer une pneumotomie, après avoir engagé la malade à vider le plus possible ses bronches en

crachant. L'opération fut faite sous le chloroforme, la malade étant couchée sur le côté droit. Incision de 10 centimètres de longueur au niveau de la 9e côte ; résection d'un fragment de cette côte de 4 1/2 centimètres. Puis application du cautère Paquelin ; le cautère avait creusé un trajet de 2/3 de pouce de profondeur, sans qu'il se fît une évacuation de pus. En introduisant le doigt dans le trajet, l'opérateur put se convaincre que les adhérences pleurales, qu'il supposait très épaisses, étaient au contraire très minces. Du fond du trajet, il enfonça son doigt dans la direction du poumon, dont le parenchyme était de consistance ferme. Une fois le doigt enfoncé à une profondeur de un centimètre, il pénétra dans une vaste excavation, et, en se retirant, il ramena des matières en décomposition et des fragments de tissu pulmonaire gangrené. L'air du dehors pénétra dans l'excavation avec un bruit de sifflement.

L'excavation avait environ le volume d'un poing, avec des diverticules ; on y introduisit un drain court, sans faire de lavages. Application d'un bandage à la gaze iodoformée. D'abord le malade se sentit soulagé. Deux jours après il était mort. Dans l'intervalle il avait contracté une pneumonie du côté sain. Peut-être la chloroformisation a-t-elle été pour quelque chose dans cette complication. En tout cas, M. Lenz se reproche de ne pas avoir mis à profit le conseil donné par Quincke, de s'abstenir de chloroformer le patient, au moment de pratiquer une pneumonie.

(*Revue intern. de Thér. et de Pharmacol.*)

***

**130. — Etude de la disposition normale des fibres musculaires de l'utérus d'après une série de coupes.** — M. Fieux. Je présente des coupes d'utérus dont la méthode de coloration permet de différencier nettement le tissu conjonctif du tissu musculaire. Ces coupes ont été pratiquées en série sur des utérus de fœtus, de femme multipare ou de femmes mortes presque immédiatement après l'accouchement.

Jusqu'à présent, les auteurs qui se sont préoccupés de la texture de cet organe n'ont eu en vue que le tissu musculaire, et tous les faisceaux contractiles. Cependant, en 1890, Acconci (de Turin) donna

une large part au tissu élastique dans la composition de l'utérus. Nous y reviendrons en temps utile.

Il n'est pas besoin d'insister sur les descriptions classiques d'Hélie et de Chenantais, car il est peu de chose à ajouter à ce qui a été dit par ces auteurs sur la musculature des zones supérieure et moyenne. Cependant, il est certain que les trois couches ne sont pas aussi bien différenciées qu'on le décrit d'habitude. Ce que l'on peut dire en réalité, c'est qu'au centre se trouve la couche vasculaire ou couche plexiforme caractérisée par des fibres circulaires longitudinales et obliques. Cette couche, assez riche en tissu conjonctif disposé autour des vaisseaux, s'interpose entre deux autres couches renfermant toutes deux des fibres circulaires et des fibres longitudinales, mais avec prédominance des fibres longitudinales pour la couche externe et des fibres circulaires pour la couche interne.

Mais tout change au niveau du segment inférieur, région que les auteurs précédents n'ont pas différenciée du reste de l'organe au point de vue du détail de la structure. Ce que les études macroscopiques d'Hofmeier et de Varnier ont fait pressentir sur la texture de cette portion de l'utérus, nos préparations le montrent aisément.

Brusquement, au niveau de la grosse veine circulaire, limite supérieure du segment inférieur, les fibres circulaires disparaissent ; les fibres longitudinales de la couche externe et de la couche moyenne se groupent en un faisceau unique qui longe le tiers externe à peu près de toute la longueur du segment inférieur. Tout le reste est conjonctif.

Cette disposition permet de comprendre la formation de l'anneau de contraction. Cet anneau n'est pas le reflet d'une musculature spéciale à ce point ; c'est la fin brusque à ce niveau de l'anse musculaire circulaire. Au-dessus, l'organe peut se rétracter et se contracter de la périphérie vers le centre. Au-dessous, il ne peut le faire qu'en longueur. C'est pourquoi il reste flasque.

Au niveau du col, il nous a été impossible de retrouver les divers faisceaux circulaires, obliques et transverses décrits classiquement. Voici ce que donne l'étude histologique, à coloration élective, pour cette région de l'utérus.

Dans la portion sus-vaginale, on retrouve la même disposition qu'au segment inférieur. Dans le tiers externe, fibres musculaires longitudinales ; à la partie moyenne et interne, rien que du tissu conjonctif. Tout à fait à l'union du segment inférieur et du col se voient, entre

les fibres longitudinales et en dedans d'elles, quelques faisceaux circulaires. Ces derniers représentent sans doute l'orifice interne.

Enfin, le museau de tanche est exclusivement conjonctif. Ce tissu est purement fibrillaire et renferme de nombreux vaisseaux. Il est en outre pour ainsi dire farci de larges capillaires dilatés. C'est un bloc conjonctivo-vasculaire, absolument dépourvu de fibres musculaires. Toutes les fibres longitudinales de la portion sus-vaginale se perdent dans le vagin, sans s'égarer dans la portion sous-vaginale.

***

**131.—Pneumococcie chez une gravidique.**—Le pneumocoque, à l'état normal hôte habituel de diverses cavités naturelles, bouche, nez, pharynx, trachée, bronches, etc., peut, dans des conditions spéciales, se localiser en d'autres points, acquérir une virulence particulière et déterminer des accidents plus ou moins graves, quelquefois même déterminer une véritable septicémie par sa généralisation dans l'organisme.

Toutes les causes d'affaiblissement, de diminution de résistance de l'organisme peuvent favoriser ces accidents ; le refroidissement sera cause de la pneumonie, etc. La grossesse est dans ce cas : on connaît par exemple la gravité plus grande de la pneumonie chez les femmes enceintes, chez qui la mortalité par cette affection atteint 40 %. Ces faits peuvent s'expliquer par l'affaiblissement de l'organisme inséparable de la grossesse ; croissance et alimentation de l'embryon et du fœtus, modifications du système nerveux, vomissements, etc.

M. Vinay en a donné un nouvel exemple en communiquant à la *Société de médecine de Lyon* un cas particulièrement intéressant de pneumococcie chez une femme enceinte.

Une femme de vingt-deux ans est atteinte, au sixième mois de sa grossesse, d'angine, d'otite suppurée, d'irido-choroïdite, d'abcès de la paroi thoracique. Au neuvième mois elle entre à la Maternité avec des vomissements et accouche le 1er juillet, prématurément, sans accidents. L'enfant succombe le lendmain.

Depuis le 8 juin, la malade présentait de la fièvre, 38°. Contre cet état l'antipyrine, la quinine, le salol, le sérum antistreptococcique, le sérum artificiel restent sans résultat, et la malade succombe avec un abcès de la partie postérieure du cou, le 19 juillet.

Le pus, examiné par M. Lyonnet, contenait du pneumocoque de

Talamon-Fränkel à l'état de pureté. Le sang n'a pas donné de végétation en bouillon.

A l'autopsie : lobules suppurés dans les deux poumons, particulièrement à droite. Rien du côté des annexes. Abcès corticaux des reins.

Ainsi : grossesse avec intolérance gastrique ; au septième mois paraissent des suppurations multiples. Accouchement prématuré ; mort dix-neuf jours après l'accouchement et trois mois après l'apparition des premiers accidents. Ces suppurations diverses relevaient du pneumocoque, certainement favorisé dans son action pathogène par l'état gravidique de la malade. (*Bulletin médical.*)

***

**132. — Fibrome utérin, intra-mural, énucléé par voie vaginale.** — M. Van Engelen rapporte l'observation d'une femme atteinte de métrorrhagies abondantes, et chez laquelle l'examen décela une tumeur volumineuse, remontant à la moitié de la distance du pubis à l'ombilic ; le col utérin, entr'ouvert, permettait de sentir à l'intérieur de la cavité, une tumeur libre seulement dans sa portion inférieure et adhérent intimement dans le reste de son étendue aux parois utérines.

M. Van Engelen, après une hémisection latérale de la matrice, disséqua au bistouri les insertions de la tumeur aux parois utérines, en enleva une partie au moyen des ciseaux courbes, puis, après avoir fendu la tumeur, en extirpa le reste par morcellement. L'opération fut terminée par un curettage soigneux. Répondant à une observation de M. Cittadini, qui, eu égard à la possibilité d'une récidive ou d'une dégénérescence du néoplasme, aurait pratiqué l'hystérectomie totale, M. Van Engelen fait remarquer que la malade n'ayant pas été prévenue de l'éventualité de cette grave opération, il a cru devoir s'en tenir à l'intervention qu'il vient d'exposer.

***

**133. — De l'ésérine dans le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.** — D'après M. le docteur O. Eversbusch, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine d'Erlangen, les instillations d'ésérine auraient pour effet de diminuer souvent d'une façon surprenante le processus de suppuration dans l'ophtalmie des

nouveau-nés et constitueraient ainsi un excellent moyen pour combattre cette affection.

Voici quelle est en général la méthode dont notre confrère se sert avec succès depuis sept ans pour le traitement de la conjonctivite purulente.

S'il n'existe pas d'ulcération de la cornée, il s'abstient de badigeonner la conjonctive palpébrale avec le nitrate d'argent. Il fait essuyer toutes les deux heures le pus au moyen de petits tampons d'ouate hydrophile, laver l'œil avec une solution de chlorure de sodium à 7 °/₀₀ ou d'acide borique à 3 % et instiller chaque matin une goutte d'une solution de sulfate ou de salicylate d'ésérine à 0.25 %. Lorsqu'un œil seulement est atteint, M. Eversbuch instille dans le congénère, à titre de moyen préventif, une goutte de solution de nitrate d'argent à 2 % suspendue à l'extrémité d'un agitateur de 3 millimètres de diamètre, puis il fait oindre la racine du nez avec de la vaseline boriquée.

La cornée est-elle ulcérée, on pratique des badigeonnages de la conjonctive avec la solution argentique ; mais, en outre, on instille trois ou quatre fois par jour tantôt une solution d'ésérine à 0.5 %, tantôt une solution de scopolamine à 0.10 %. Enfin, on introduit encore dans l'œil, d'heure en heure, une goutte d'un mélange contenant 1 partie d'eau chlorée pour 2 ou 3 parties d'eau distillée.

Tant que l'écoulement de pus est abondant, on ne doit pas baigner le petit malade, afin d'éviter le refroidissement qui entraîne toujours une aggravation de l'affection oculaire. Il faut aussi surveiller toute condition défavorable de ce genre, telle surtout que le sevrage, une alimentation artificielle défectueuse, l'état de malpropreté de la bouche, etc., qui provoquent immédiatement une recrudescence de l'ophtalmie.

(*La Semaine méd.*)

***

**134.— De l'anesthésie obstétricale.** (*Wratsch*, nos 39 et 40, 1896.) — Depuis dix-sept ans, Dobronravoff emploie, dans le but d'obtenir l'anesthésie obstétricale, le mélange de Billroth, composé de chloroforme, d'éther et d'alcool. Etant donné le peu de volatilité de ce mélange, qui n'excite pas par conséquent outre mesure les accouchées, l'auteur estime qu'il est préférable à l'éther et au chloroforme purs, car, tout en gardant les propriétés de ces deux substances, il

procure un sommeil plus tranquille et plus prolongé ; en même temps l'accouchée garde sa conscience, tout en ne souffrant pas.

En prenant certaines précautions, l'auteur arrive à pratiquer l'anesthésie au premier degré, sans la moindre suite fâcheuse aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

D'une façon générale il pratique l'anesthésie obstétricale de la façon suivante :

Au moment de l'apparition des premières douleurs il fait des injections de morphine et de cocaïne ; ensuite, suivant les cas, on administre du chloral. Mais tous ces moyens ne sont pas employés l'un après l'autre et l'on ne cherche pas à obtenir un sommeil complet. La suggestion a également sa place. Enfin au moment où la tête arrive sur le plancher périnéal et que les douleurs intenses d'expulsion commencent, on pratique l'anesthésie générale au premier degré à l'aide du mélange de Billroth, dont nous venons de parler. (*Id.*)

***

**135.— Du tamponnement au moyen de tarlatane imprégnée de gutta percha dans le traitement des hémorragies post-partum et d'autres hémorragies cavitaires.** — On sait qu'il est des cas d'hémorragies post-partum où le tamponnement intra-utérin le plus serré, fait avec des lanières de tarlatane iodoformée, se montre impuissant, le sang continuant à suinter à travers la gaze qui fait, pour ainsi dire, office de drain. Afin d'éviter cet accident redoutable, M. le Dr O. Schaeffer, privat docent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de Médecine de Heidelberg, recommande de se servir, pour tamponner la matrice, de tarlatane imprégnée de gutta-percha qui, tout en conservant sa souplesse habituelle et la propriété de se charger d'iodoforme, n'est pas hygroscopique et par conséquent assure l'occlusion de la cavité où on l'a introduite.

Pour le tamponnement hémostatique de l'utérus ou d'une plaie cavitaire quelconque, notre confrère procède de la façon suivante :

On tasse d'abord dans le fond de l'organe ou de la plaie une certaine quantité de tarlatane simplement aseptique ; puis on termine le tamponnement avec de la gaze imprégnée de gutta-percha, en ayant soin de laisser pendre en dehors le bout de la lanière de tarlatane ordinaire qu'on avait introduite en premier lieu. De cette façon, on réalise un pansement occlusif associé à un drainage. Si l'hémorragie persiste, rien

n'est plus facile que de supprimer le drain de tarlatane et d'obtenir une occlusion parfaite en forçant le tampon par quelques nouvelles couches superficielles de tarlatane à la gutta-percha

(*La Semaine méd.*)

***

**136. — Traitement des endométrites par la teinture d'iode.** (*Wratch*, n° 12, 1897.) — Solovieff préconise les badigeonnages de teinture d'iode dans les endométrites post-puerpérales. Ces badigeonnages sont faits de la façon suivante. La malade étant couchée, on introduit dans le vagin un spéculum à valve. Si l'on constate la présence d'une couche grisâtre sur la surface du col, on pratique préalablement un lavage soigneux ; ensuite on badigeonne les régions malades avec de la teinture d'iode pure.

Si l'on a affaire à une endométrite du corps on procède de la même façon : on lave préalablement la cavité utérine, on l'essuie à l'aide d'un bâton de verre enveloppé d'ouate et enfin on badigeonne avec de la teinture d'iode.

Après ces badigeonnages les malades ressentent une douleur plus ou moins intense qui, toutefois, se calme au bout d'une heure.

Les badigeonnages doivent être faits surtout au début de la maladie tous les jours et même deux fois par jour.

Dans sept cas ce traitement a donné à l'auteur de bons résultats.

(*Rev de thér. méd. chir.*)

***

**137.— Pathogénie et traitement de l'entéroptose**, par J.-B.-L. Hernette. (*Thèse de Paris*, décembre 1896.) — L'intestin est maintenu en place par deux forces : la tension abdominale et les replis péritonéaux qui le suspendent à la paroi postérieure de l'abdomen. La tension abdominale est due à la réaction élastique et au tonus des muscles de la paroi abdominale ; sa valeur moyenne de 11 centimètres d'eau est donnée par la mesure de la tension des gaz dans l'intestin ou le rectum.

D'après Glénard, l'entéroptose débute par une chute du coude droit du côlon et le reste de la masse intestinale est ensuite entraîné. L'in-

testin prolabé se rétrécit et la tension abdominale diminue parce que le conten ua diminué de volume.

D'après les expériences de Schwerdl, l'entéreptose résulte d'une dépression générale de l'organisme et d'une diminution du tonus musculaire. Cette diminution du tonus au niveau de la paroi abdominale amène un abaissement de la pression de tension, alors les viscères obéissent à la pesanteur et tombent. La perte du tonus des parois musculaires de l'intestin et la diminution de la tension abdominale laissent les gaz distendre l'intestin ; d'où arrêt de la circulation de la bouillie intestinale, fermentation anormale et auto-intoxication.

Le traitement consiste à :

1° *Relever la tension abdominale et remédier à la faiblesse des parois abdominales.* La ceinture de Glénard répond admirablement à cette première indication. Le port d'une ceinture convenable est ordinairement suivie d'une très prompte amélioration.

Cette ceinture ne doit servir que comme moyen préventif ou palliatif, et il faut par tous les procédés essayer de relever le tonus des muscles de l'intestin et de la paroi abdominale. On appliquera donc le traitement général de la neurasthénie par le traitement de Weir Mitchell, le repos et la suralimentation. Puis le malade étant plus fort, on prescrit des exercices gymnastiques bien réglés, et les mouvements faisant agir les muscles de la paroi abdominale.

2° *Diminuer et empêcher la distension gazeuse de l'intestin.* On y arrivera par l'emploi des laxatifs quotidiens et par des antiseptiques internes (naphtol β et ses dérivés, acide salicylique à faibles doses, benzoate de soude, résorcine, fluorure d'ammonium).

---

# FORMULAIRE

—

## *Du régime alimentaire dans l'entéroptose.*

(Jules Chéron.)

Le régime alimentaire a une grande importance dans le traitement de l'entéroptose.

Cette affection coïncidant ordinairement avec la dilatation de l'es-

tomac, comme nous le disions dans notre dernier Formulaire, c'est à peu près le régime de Bouchard qui convient aux entéroptosées. Il y a cependant lieu d'éviter un trop grand amaigrissement et même de combattre la tendance à l'amaigrissement, si elle existe. C'est pourquoi nous conseillons le régime de Bouchard avec quelques atténuations, chez les malades amaigries.

Le régime de Bouchard étant connu de tous les médecins, il nous reste uniquement à parler des moyens d'éviter l'amaigrissement ou de le combattre.

Cet amaigrissement est-il tout à fait à son début et peu marqué ? il suffira souvent d'augmenter la quantité de purées ou de bouillies (purées de pommes de terre en particulier, revalescière, etc.) et de leur donner une plus large part dans l'alimentation, sans augmenter le nombre des repas.

Si cette mesure est insuffisante, on pourra renforcer le premier déjeuner : une tranche de maigre de jambon et un ou deux œufs à la coque, peu cuits et pris dans un bol de lait.

L'amaigrissement est-il encore plus marqué, on fera prendre, aux repas, de la bière maltée, coupée d'eau à la place d'eau pure et, si elle est bien tolérée par l'estomac, ce sera une ressource précieuse.

Enfin, s'il était nécessaire, on aurait recours au lait absorbé de la façon suivante : un verre trois heures avant le déjeuner de midi ; un verre à 4 heures ; un verre en se couchant ; un verre, au besoin, au milieu de la nuit. Une légère dose de bicarbonate de soude (1 gr. par verre) sera ajoutée au lait, s'il donne lieu à de la fermentation lactique. A la rigueur, une prise de dix centigrammes de pancréatine ou de pepsine sera ordonnée au moment de l'absorption du lait, pour en faciliter la digestion.

---

*Directeur-Gérant*, Dr J. Chéron.

---

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

# REVUE
## MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
# MALADIES DES FEMMES

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

### PROGRÈS DES TENDANCES CONSERVATRICES DANS LE TRAITEMENT DES LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES ANNEXES.

Les tendances conservatrices, dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes, gagnent de plus en plus de terrain.

C'est une démonstration qu'il nous est agréable de faire de loin en loin, car c'est la justification des idées défendues, dans cette *Revue*, et cela, dès le début, en pleine période d'engouement pour l'ablation des annexes, alors que la castration tubo-ovarienne semblait résumer toute la thérapeutique gynécologique.

Voici d'abord quelques citations d'une intéressante communication du Dr Cittadini (de Bruxelles), à la *Société belge de Gynécologie* (Bulletin de la Société, 1897, n° 4).

L'auteur fait le procès de la ventro-fixation que nous avons combattue, il y a 5 ans déjà (1), comme irrationnelle et inefficace :

« Beaucoup renoncent, dit M. Cittadini, à la ventro-fixation

(1) Jules Batuaud. Sur un cas d'hystéropexie abdominale pour rétroversion utérine. (*Rev. des mal. des femmes*, avril 1892.)

(seule prônée naguère dans les rétro-déviations fixées), par répulsion pour une opération qu'on a qualifiée de barbarisme physiologique, violentant le mécanisme à la fois si délicat et si complexe de la statique pelvienne chez la femme (Paul Petit). Ce reproche, la vagino-fixation de Mackenrodt, celle de Dürrhssen, le méritent bien davantage, leur procès a été rapidement et définitivement instruit, et l'on a signalé de tous côtés leur funeste influence comme cause de fausse couche et de dystocie. Rien de plus éloquent à ce point de vue que les probes publications de Mackenrodt lui-même (*Centralbl. fur Gynæk.*, n° 49, 1875, et n° 13, 1896). Elles se trouvent donc absolument contre-indiquées chez la femme susceptible de concevoir. Pareille condamnation les fait rejeter d'emblée comme manœuvre d'instauration du fonctionnement physiologique de l'appareil utéro-annexiel et permet de ne les plus retenir que comme opérations de série dans certains prolapsus et déviations des femmes âgées ».

Puis, l'auteur aborde la question du traitement conservateur des lésions annexielles :

« Plusieurs de mes collègues ici se sont fait les promoteurs des interventions conservatrices par la voie vaginale. Le travail de Rouffart (Soc. de Chir. 1894) mentionne trois ignipunctures de l'ovaire par la voie vaginale. Jacobs (*Bull. de la Soc. belge de gyn.*, 1895) cite plusieurs interventions personnelles, tout en réservant son opinion au point de vue des résultats lointains. D'autres nombreuses publications, plus récentes, prouvent aussi que lorsque les annexes sont englobées dans le processus de pelvi-péritonite fixatrice, on peut, par la colpocœliotomie, les libérer et les traiter au mieux de leur fonctionnement physiologique ultérieur. Et ici pourront trouver leur application les diverses manœuvres décrites en détail par Pozzi (*Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1897, n° 1). Celui-ci les applique après laparotomie abdominale, systématiquement. Mais on a justement fait remarquer qu'il est difficile d'admettre la légitimité de la voie haute dans tous ces cas, etc. Veit (*Centr. für Gyn.*, p. 857, 1896), posant les indications de la voie vagi-

nale et de la voie abdominale, dit nettement que les petites tumeurs situées dans le cul-de-sac de Douglas sont justiciables d'une intervention par le vagin. Il en sera ainsi, dit-il, des ovarites kystiques. Il en préconise, il est vrai, l'ablation, mais ceci me semble bien rétrograde et par trop radical, puisque la statistique de Pozzi, contrôlant 48 de ses opérées, signale 12 grossesses consécutives à l'ignipuncture ou à la résection, soit exactement 1/4. Martin (C. R. de l'ass. ann. de la Brit. Med. Ass., juillet 1895) fournit tout l'appui de son autorité à la possibilité de ces opérations conservatrices par cœliotomie vaginale. Entre autres indications, il mentionne explicitement : 1° les adhérences péritonéales recouvrant toute la surface de l'utérus ; 2° les adhérences qui entourent parfois les annexes restées en arrière et qui peuvent être rompues avec les doigts ; 3° les micro-kystes de l'ovaire qui peuvent être ponctionnés ou réséqués ; 4° les lésions des trompes : on peut ouvrir un hydro-salpinx et maintenir béante la lumière de la trompe en suturant muqueuse à séreuse. Martin, comme Dürhssen, agit par colpo-cœliotomie antérieure. Il n'en est pas moins vrai que les résultats, comme ceux de Pozzi, autorisent et légitiment toute tentative de même ordre, et que *l'opinion de Veit, qu'il faut extirper les ovaires micro-kystigues, est inadmissible, car ce serait retomber dans les errements d'un passé encore bien proche* ».

Il cite les méthodes employées par Pryor, par Ruggi (de Bologne), par Mariani et ajoute :

« Ces résultats sont très beaux et très encourageants. Ceux de Pozzi jugent l'efficacité des interventions conservatrices. Ceux de Rouffart, de Jacobs, de Martin, de Pryor, de Mariani et Ruggi, et combien d'autres encore, témoignent de plus en plus que la colpo-cœliotomie en permet l'application avec autant de facilité et plus de sécurité que la cœliotomie abdominale, et je crois qu'il serait intéressant de poursuivre cette voie, bien en harmonie avec le *recueillement conservateur de la gynécologie à l'heure présente.* »

C'est encore un traitement conservateur que MORE MADDEN (*La semaine méd.* 6 oct 1897) préconise dans la pyo-salpingite chronique :

La femme ayant été endormie et placée sur le flanc gauche, on pratique d'abord le toucher rectal pendant qu'un aide abaisse l'utérus en comprimant l'abdomen au-dessus de la symphyse pubienne. De cette façon on parvient à sentir nettement les ovaires et les trompes et à constater l'existence d'une collection tubaire en forme de boudin pouvant s'étendre latéralement dans le sens des ligaments larges, ou bien se diriger en arrière, vers le cul-de-sac de Douglas. Après avoir déterminé ainsi la position exacte du foyer tubaire, on le ponctionne. Pour cela, on introduit dans le vagin, en se guidant sur l'index de la main gauche, une longue aiguille creuse reliée à un aspirateur ; cette aiguille pénètre, à travers le cul-de-sac postérieur du vagin, dans l'arrière-cavité de Douglas. L'index étant ensuite introduit dans le rectum, on s'en sert pour diriger l'aiguille vers la partie la plus saillante du kyste, au niveau de laquelle on pratique la ponction. On aspire le pus, on lave la poche avec une solution antiseptique, on retire l'aiguille, et insuffle de l'iodoforme dans le vagin.

Le traitement se réduit, dès lors, à pratiquer des injections vaginales avec de l'eau phéniquée chaude et à administrer, à titre d'antiseptique interne et d'altérant, la mixture ci-dessous formulée :

| | |
|---|---|
| Sublimé..... | 0 gr. 05 centigr. |
| Teinture de quinquina composée.... | 25 grammes. |

F. S. A. — A prendre : dix gouttes dans l'eau après chaque repas.

Si la poche se remplit de nouveau, on fait une seconde ponction aspiratrice et on répète cette opération jusqu'à ce que la trompe soit complètement revenue à ses dimensions normales.

Voici, enfin, un nouveau traitement, également conservateur, de la salpingite gonococcique. Il est dû à ROBERT T. MORRIS

(*The Amer. Journal et Obstetrics*, mai 1897, et *La Semaine gynéc.*, 12 oct. 1897).

La première application de cette méthode remonte au 12 mars 1897. La malade, âgée de 26 ans, avait contracté une blennorragie à 16 ans, et depuis, elle n'avait cessé d'avoir une leucorrhée spécifique très abondante, en dépit des soins qu'elle reçut des médecins les plus autorisés, en Europe et en Amérique.

L'auteur ouvrit le cul-de-sac de Douglas et libéra la trompe droite de ses adhérences ; il l'attira ensuite dans le vagin et y introduisit une petite sonde rigide en ayant soin d'adapter exactement à la sonde les parois de l'extrémité frangée de la trompe par deux tours de bande en caoutchouc, pour prévenir tout reflux de liquide. Cela fait, il injecta par la sonde de l'eau oxygénée à sept volumes ; le liquide jaillit immédiatement en moussant de l'ostiun uterinum. Il continua l'injection pendant une minute pour bien débarrasser la lumière de la trompe et l'utérus de toute matière purulente ; puis il injecta de la même façon, pendant deux minutes, une solution d'aldéhyde formique à 2 p. 100. La trompe fut alors débarrassée de la sonde et de la bande en caoutchouc et la même manœuvre fut répétée sur la trompe gauche.

La lumière de celle-ci était obstruée au niveau de l'utérus, mais l'eau oxygénée se fit brusquement jour à travers l'obstacle au moment où la trompe distendue semblait sur le point de se rompre, auquel cas on l'aurait excisée.

L'examen microscopique de l'écoulement cervical, pratiqué avant l'opération, avait permis d'en déterminer avec certitude la nature gonococcique. Après avoir remis les trompes dans leur position normale on draina, pendant un jour, la petite plaie vaginale avec une mèche. La malade n'eut pas de réaction inflammatoire appréciable ; le sixième jour après l'opération elle put se lever, et le septième jour elle retourna chez elle, où elle ne tarda pas à avoir des rapports sexuels, l'auteur ayant négligé de les lui déconseiller. Le seizième jour elle revint faire soumettre à un examen microscopique l'écoulement utérin. Elle était émerveillée du résultat de l'opération,

disant que pour la première fois depuis dix ans elle n'avait pas eu de pertes pendant seize jours.

Un examen minutieux des mucosités cervicales révéla la présence d'un très petit nombre de gonocoques dans des cellules épithéliales desquamées, attestant que l'infection se cantonnait dans les cryptes de la muqueuse cervicale.

L'auteur a recours en ce moment à des injections de formaldéhyde dans le canal cervical pour tâcher de faire disparaître tous les gonocoques. Les résultats thérapeutiques obtenus dans ce cas et dans une série de cas choisis de salpingite gonococcique feront l'objet d'une publication ultérieure.

On voit que le traitement opératoire *direct* des inflammations annexielles devient de plus en plus conservateur. Si nous ajoutons que les partisans du *traitement conservateur indirect* continuent à se déclarer satisfaits des résultats qu'ils obtiennent, et que ce traitement leur permet, dans la très grande majorité des cas, d'obtenir une guérison suffisante, prouvée souvent par des grossesses menées à terme sans complications, il nous sera permis de voir, dans les travaux que nous venons d'analyser, un acheminement vers la thérapeutique médico-chirurgicale que nous avons préconisée, dans ce journal.

Jules BATUAUD.

---

## DES POUSSÉES CONGESTIVES INTERMENSTRUELLES

Par G. BOUILLY,
Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôpital Cochin.

—

L'influence de la menstruation sur la douleur, dans les affections de l'utérus et des annexes, est irrégulière et peu connue ; y a-t-il, du fait des règles, production, aggravation ou diminution des douleurs dans une lésion utérine ou annexielle préexistante ? Nous ne sommes pas à même de le dire d'une façon générale, et il n'y a pas de règle absolue à ce sujet. Nous savons mieux que

certaines lésions ne traduisent leur présence qu'à ce moment par la douleur des règles, et c'est souvent à l'occasion de la dysménorrhée que nous découvrons une antéflexion, une rétroversion ou un fibrome de l'utérus ; de même certaines formes de métrite parenchymateuse corporelle, de cervicite avec déchirure ancienne du col, ne sont vraiment douloureuses qu'au moment de l'époque. Dans les néoplasies malignes de l'utérus, l'apparition menstruelle augmente en général les douleurs ; quelquefois, au contraire, celles-ci sont soulagées pour peu de temps par un écoulement sanguin. D'une façon générale, les affections de l'utérus proprement dit et en particulier les affections du parenchyme sont aggravées dans leurs douleurs par le retour menstruel ou ne sont réellement douloureuses qu'à ce moment.

La question est un peu plus obscure dans les lésions des annexes ; dans les affections kystiques de l'ovaire, qu'il s'agisse de kystes simples ou de kystes proligères, malins, la douleur menstruelle est à peu près nulle ; en revanche, elle est le plus souvent très vive et très exaltée à ce moment dans la forme anatomique de petits *ovaires micro-kystiques*. Dans les lésions infectieuses, dans les salpingo-ovarites, catarrhales, interstitielles ou suppurées, le plus souvent la menstruation augmente les douleurs de l'affection préexistante ; parfois encore la première manifestation douloureuse de la lésion annexielle éclate à l'occasion des règles ; souvent la poussée classique de pelvi-péritonite se produit à ce propos. Comme on l'a dit, le retour et la congestion des règles semblent augmenter, exalter la virulence des lésions préexistantes, un peu latentes dans leur intervalle, et réveillent les éléments qui dorment. Comme réciproque, une poussée aiguë annexielle ne se produit guère, sans provoquer, même en dehors des règles, une apparition de sang, quelle que soit l'époque des règles, et la métrorragie, faible ou abondante, fait presque constamment partie de la symptomatologie de la pelvi-péritonite d'origine annexielle.

Au contraire et sans qu'on puisse en fournir la raison, chez d'autres femmes portant des lésions annexielles identiques, douloureuses d'une façon continue, le retour des règles diminue la

douleur. Celle-ci commence à s'atténuer dans les quelques jours précédant l'époque, disparaît tout à fait avec l'apparition du sang et pendant toute la durée de l'écoulement, reste latente quelques jours encore, puis recommence quatre à cinq jours après la fin des règles, pour aller en augmentant durant tout le cours du mois, et diminuer à nouveau avec l'approche des nouvelles règles. Pour certaines femmes atteintes de salpingo-ovarite, à forme douloureuse, le moment des règles représente l'unique moment de soulagement et de bien-être.

Nous ne sommes pas en mesure d'expliquer ces irrégularités de la douleur et cette contradiction dans des faits en apparence semblables ; cette étude doit être faite avec les lésions de l'utérus ou de ses annexes.

Nous voulons ici appeler l'attention sur des phénomènes moins connus, sur une série de symptômes se produisant *entre les règles*, chez des femmes dont les organes génitaux paraissent sains ou atteints de lésions difficilement appréciables. Ces symptômes se présentent toujours à la même époque et à peu près avec la même forme, et leur étude permet de constituer une symptomatologie spéciale presque toujours la même.

*
* *

Nous sommes fréquemment consulté par des femmes qui nous font le récit suivant : leur époque de règles vient à date fixe et sans avance exagérée ; les règles elles-mêmes se passent convenablement, sans douleur ni abondance notables ; mais *dix* jours ou *douze* jours après la fin de l'écoulement sanguin, alors qu'il ne peut plus en être question, il se produit dans l'un des côtés du ventre une *douleur* plus ou moins violente, toujours assez vive pour attirer l'attention de la malade, quelquefois accompagnée de l'apparition de flueurs blanches ou de leur exagération, quand il en existait auparavant, ou d'un écoulement rosé ou même franchement sanguin et quelquefois d'un véritable écoulement aqueux, hydrorrhéique, abondant et plus ou moins persistant. Ces divers phénomènes, douleur, écoulement, le plus souvent se combinent et coexistent; la douleur peut exister *seule* ; mais en général chez

les femmes qui s'observent bien, elle ne va guère sans une certaine humidité leucorrhéique exagérée. Les écoulements de diverses natures peuvent faire défaut ; la douleur est alors le seul symptôme ; mais il est rare de voir une des variétés d'écoulement s'installer sans douleur.

Quelle que soit la variété et la combinaison des symptômes, leur caractéristique est d'apparaître d'une façon régulière, tous les mois ou à peu près, sans cause appréciable, *du dixième au douzième jour* après la fin des règles, de durer tantôt quelques jours seulement, et tantôt de se prolonger jusqu'au retour de la nouvelle époque.

Il nous paraît utile de revenir, avec quelques détails, sur chacun des symptômes.

*a*) La *douleur* est ordinairement le premier symptôme et, comme je l'ai déjà dit, elle peut être la seule manifestation de cette petite crise intermenstruelle. Le plus souvent, elle est unilatérale et sans une prédominance très marquée pour l'un ou l'autre côté, peut-être avec une fréquence un peu plus grande pour le côté gauche. Jamais elle ne présente une acuité excessive, comme dans la poussée de pelvi-péritonite ou dans l'hyperesthésie ovarienne des hystériques ; elle est surtout caractérisée par des élancements intermittents ou unè douleur sourde, continue, occupant la région ovarienne avec quelques irradiations à l'aine ou aux reins. La douleur n'a pas la localisation anatomique précise des points de la névralgie lombo-abdominale ; elle n'est pas réveillée par la pression exercée au niveau des points d'émergence nerveuse. Cette crise douloureuse intermenstruelle doit donc justement être différenciée de la névralgie lombo-abdominale, dont l'étude mériterait d'être refaite et prête à des considérations intéressantes, au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique. Le plus souvent, les malades ne sont pas arrêtées, à moins qu'elles ne prennent le repos par précaution ou ordonnance, mais elles n'y sont pas condamnées par l'acuité de la douleur.

Cette petite crise, du reste, est tout à fait apyrétique ; je n'ai constaté de la fièvre que dans un seul cas où il s'agissait plutôt d'une poussée annexielle inflammatoire survenue chez une ma-

lade à l'époque où d'habitude elle éprouvait la crise intermenstruelle du douzième jour.

Les phénomènes douloureux ne se prolongent guère plus de deux à trois jours ; par exception, ils peuvent ne durer qu'une journée ou persister jusqu'au retour de la nouvelle époque au moment duquel ils disparaissent.

*b*) Souvent en coïncidence avec la douleur se produit un *écoulement* utérin muqueux ; des femmes qui ne perdaient pas sont affectées, pendant ces quelques jours, d'un écoulement glaireux, opalin, sans aucun rapport avec une infection utérine ; parfois elles perdent des glaires rosées, sanguinolentes ; quelquefois même du sang pur s'échappe de l'utérus soit sous forme de quelques gouttes, soit avec le caractère d'un suintement continu. Le plus souvent, l'écoulement muqueux, rosé ou franchement sanglant est terminé en deux ou trois jours ; d'autres fois, il se prolonge et le suintement sanguin peut traîner jusqu'aux nouvelles règles, alors même que depuis longtemps la douleur de côté a disparu. Ce suintement persistant pendant une douzaine ou une quinzaine de jours peut se faire dans un utérus en apparence sain, c'est-à-dire ne présentant pas de lésion macroscopiquement appréciable ; j'en ai observé plusieurs cas. Une autre fois, j'ai vu ce retour du sang au douzième jour après la fin des règles se faire régulièrement chaque mois chez une malade atteinte de fibrome utérin et se prolonger jusqu'aux nouvelles règles. Dans ce cas, la quantité du sang perdu était assez considérable et du fait des ménorragies et de ce suintement la malade était très anémiée. Alors même que ce suintement n'est pas assez considérable pour amener un état prononcé d'anémie, il trouble profondément, par sa persistance, les femmes qui en sont atteintes, les oblige à se garnir, les dérange dans leurs sorties et leurs occupations, les gêne dans leurs rapports conjugaux et les amène facilement à un véritable état d'agacement et d'hypochondrie.

*c*) Le phénomène le plus curieux de cette crise douloureuse et sécrétoire intermenstruelle est la production d'une véritable *hydrorrhée utérine*, en coïncidence avec la douleur du dixième au douzième jour, ou succédant à cette douleur. Chez quelques

femmes, la douleur a existé seule pendant un certain nombre de mois, et plus tard elle est accompagnée ou remplacée par l'hydrorrée. Tout à coup, et le début coïncidant toujours avec cette date de dix à douze jours après la fin des règles, les femmes se sentent mouillées, inondées par un écoulement vaginal chaud, comme si elles venaient, sans le vouloir, d'uriner dans leur linge. Le plus souvent cet écoulement se reproduit dans la journée trois à quatre fois par véritables crises d'inondation, comme une décharge aqueuse, comme une éjaculation. Le liquide semble être tout à coup sécrété en abondance et rejeté hors des voies génitales. Dans d'autres cas, à ces crises hydrorréiques succède un suintement continu qui nécessite les mêmes précautions que l'écoulement des règles. Le repos au lit n'interrompt pas cette hydrorrée et même, chez certaines femmes, la décharge aqueuse se fait plus abondante au lit, pendant la nuit que durant le jour.

Le liquide est extrêmement fluide, tout à fait limpide, d'apparence aqueuse, très légèrement teinté en jaune clair, ne tachant pas le linge, ne l'empesant pas, laissant à peine une petite raideur après sa dessiccation ; il est tout à fait inodore.

Comme la douleur, comme le suintement muqueux ou sanguinolent, cet écoulement aqueux sous forme d'hydrorrée intermittente ou de flux continu, peut ne durer que deux à trois jours ; au contraire, chez quelques femmes, il peut également se prolonger pendant dix à douze jours, jusqu'au retour des nouvelles règles. Il en résulte pour les femmes un véritable état de malaise et d'agacement et un vrai trouble de leur existence. Heureusement, cette hydrorrée intermenstruelle est moins fréquente que la douleur ou le suintement muqueux survenant au douzième jour après les règles et représente la forme la plus rare de cette crise particulière. En outre, elle n'apparaît pas d'une manière fatale tous les mois ; elle peut manquer pendant une période plus ou moins longue de quelques mois, pour se reproduire ensuite régulièrement et sans cause appréciable.

L'origine et la nature de cet écoulement aqueux me paraissent avoir été le plus souvent mal interprétées ; les malades qui en

sont atteintes nous sont d'ordinaire adressées avec le diagnostic d'*hydropisie de la trompe* se vidant par l'utérus d'une façon intermittente. Les médecins les plus distingués m'ont envoyé des malades dans ces conditions avec l'idée qu'il s'agissait d'une affection tubaire et d'un véritable *hydrops profluens*. Et de fait, l'erreur peut se justifier ; l'abondance du liquide, l'intermittence de l'écoulement précédé de douleurs, entraînent facilement l'idée de la distension et de l'évacuation d'une importante collection du voisinage. Il n'en est rien ; le liquide est produit en quelques instants et sécrété par les glandes de l'utérus ; tantôt il s'accumule dans sa cavité distendue et en est brusquement chassé sous forme d'un véritable jet ; tantôt il s'écoule et suinte d'une façon continue. J'ai examiné bien des malades dans l'intervalle des crises hydrorréiques, à l'avant-veille ou à la veille de la crise, au cours même de crise ; jamais, à aucun moment, je n'ai perçu aucun signe de distension tubaire, jamais même je n'ai eu la notion d'une lésion nettement marquée du côté de la trompe ou de l'ovaire. Si la trompe était distendue, à la veille de son évacuation, à son maximum de distension, elle serait appréciable ; de petites collections, moins volumineuses que celles dont il devrait s'agir pour contenir le liquide évacué, sont appréciées par le toucher et le palper combinés ; une trompe hydropique de cette dimension ne saurait échapper à l'examen. En outre, ne serait-il pas bien extraordinaire que la réplétion demandât toujours le même temps pour se faire et que l'évacuation se produisit toujours à la même date ? Dans les cas tout à fait exceptionnels où une hydro-salpingite se vide dans l'utérus, l'évacuation se fait sans aucune régularité et l'écoulement n'a pas les caractères de soudaineté et de brusquerie que l'on observe dans l'hydrorrée d'origine utérine. Cette hydrorrée utérine n'est pas du reste un symptôme inconnu : en dehors des crises régulières que nous avons en vue dans cette description, elle se produit sans régularité chez certaines femmes nerveuses, à l'occasion de fatigues, d'émotions et constitue dans certains cas une véritable crise sécrétoire, comparable à l'abondante sécrétion des larmes ou de l'urine, qui suit une crise nerveuse. Elle ne présente, dans notre

cas particulier, que sa régularité d'apparition à une date presque toujours constante.

*
* *

L'*étiologie* et la *pathogénie* de cette crise intermenstruelle sont encore assez obscures ; il s'agit presque toujours de femmes encore jeunes, n'appartenant pourtant pas à la première jeunesse, mais gravitant autour de la trentaine. La plupart, sans être des hystériques ni des grandes nerveuses, sont des *impressionnables*, des *hyperesthésiques*, le plus souvent nullipares et souvent encore possédées d'un ardent désir de maternité et portées sans doute à de nombreux efforts pour sa réalisation. Cependant, j'ai observé ces mêmes accidents chez des femmes ayant eu un ou plusieurs enfants, mais n'étant plus devenues enceintes depuis quelques années. Quelquefois, ces phénomènes se produisent chez de vraies hystériques et sont précédés ou accompagnés de désordres nerveux et cérébraux absolument caractéristiques. Mais je me hâte d'ajouter que l'hystérie est l'exception en pareil cas et ne paraît pas être la cause des accidents ; ceux-ci peuvent se produire chez une hystérique comme chez toute autre malade, mais ne paraissent pas plus fréquents chez ces grandes névrosées. Au contraire, le plus souvent, la santé générale est bonne, la menstruation est régulière et normale, le ventre est indolent ou peu douloureux et rien ne semble justifier la crise intermenstruelle. Cependant, dans la plupart des cas, l'interrogatoire fait retrouver, à une époque plus ou moins éloignée, une petite poussée inflammatoire abdominale, une histoire plus ou moins nette de périmétrite ou de paramétrite ayant succédé à un accouchement ou à un avortement, ou survenue sans cause appréciable. L'examen local ne révèle rien ou à peu près ; quelquefois, il fait constater un ovaire petit, adhérent, semblant atteint d'ovarite avec péri-ovarite. Jamais, je n'ai observé cette crise intermenstruelle chez des malades atteintes de grosses lésions annexielles néoplasiques ou infectieuses ; on ne la voit qu'en l'absence de lésions manifestes ou en coïncidence avec de petites lésions. Aussi, me paraît-il nécessaire de tenir grand compte du terrain

sur lequel se développent ces accidents et de faire une large part à l'élément nerveux des malades qui en sont atteintes. S'il me fallait résumer d'un mot l'étiologie, je la formulerais volontiers de la façon suivante : *reliquat de petites lésions chez des nerveuses* et plus spécialement de lésions ovariennes.

La pathogénie ouvre aussi le champ aux hypothèses ; cependant l'uniformité presque constante des accidents et surtout leur périodicité imposent presque nécessairement l'idée d'une cause tenant à l'organisme et à l'organe dont les fonctions commandent et dominent les fonctions de l'utérus. On ne peut guère méconnaître l'influence de l'ovaire et ne pas croire qu'il s'agit sous cette influence d'une fausse menstruation ou d'une menstruation *intercalaire*.

La régularité parfaite des accidents, éclatant d'une manière quasi-constante douze jours en moyenne après la fin des règles, semble liée à une fonction physiologique s'exécutant à échéance fixe. Force nous paraît donc d'accepter l'idée d'une poussée congestive intermenstruelle, se passant du côté de l'ovaire, s'y traduisant par de la douleur et modifiant la circulation vaso-motrice de l'utérus au point d'y provoquer une sécrétion tantôt muqueuse, tantôt sanguine, tantôt hydrorréique. De ce côté se produit une *fausse* menstruation ou une menstruation *intercalaire* ; au lieu de se traduire comme à l'état véritable par un écoulement sanguin, le trouble vaso-moteur ne dépasse pas en général la sécrétion glandulaire, visqueuse ou hydrorréique. Comme l'a dit notre distingué confrère Keiffer (de Bruxelles), l'utérus « est tout entier sous l'action *immédiate* de l'innervation vaso-motrice », et toute cause capable de modifier cette innervation peut se traduire par des troubles, des sécrétions utérines.

Cette menstruation *surnuméraire* est admise par les auteurs.

« Chez un certain nombre de femmes (1), sans que les époques menstruelles soient troublées dans leur manifestation, on observe habituellement, vers le milieu de l'espace intermenstruel, des signes de la fluxion utérine et ovarienne tout à fait comparables à ceux qui accompagnent le flux cataménial. L'écoulement

(1) Depaul et Guéniot. — Art. *Menstruation. Dict. Encyclop. des Sc. Méd.*

toutefois ne se produit pas ; il semble que la congestion reste incomplète, que l'éréthisme utérin soit insuffisant pour le déterminer. Tous les praticiens ont observé des faits de ce genre. Il est vrai que ces phénomènes sont surtout marqués chez des femmes atteintes de quelque disposition pathologique et qu'on pourrait alors les écarter de l'étude de la menstruation vraiment normale. Mais leur existence n'est point particulière à ces sortes de femmes, et elle se constate aussi, quoique d'une manière moins tranchée, chez des femmes en état de parfaite santé. Dans un petit nombre de cas, ce molimen est aussi accompagné d'hémorrhagie et constitue ainsi de véritables *règles surnuméraires.* »

Il y a plus longtemps, Fasbender a signalé des faits analogues (1), et les gynécologistes ont constaté la fréquence des troubles dont je m'occupe en ce moment (2).

S'agit-il d'une poussée congestive physiologique se faisant du côté de l'ovaire sain chez certaines femmes, à peu près à égale distance des deux époques ? S'agit-il d'une poussée ne se produisant que dans les cas où il existe une lésion ovarienne plus ou moins marquée, mais en général petite ou difficilement appréciable à nos moyens ordinaires de recherches ? Je ne saurais le dire ; je me borne à constater le fait. Ce phénomène, en tout cas, semble appartenir surtout à des prédisposées nerveuses chez lesquelles les sensations d'ordre physiologique ou pathologique acquièrent une acuité exagérée.

Cette poussée congestive intermenstruelle semble pouvoir exercer son influence à distance en dehors de la zone génitale ; j'ai plusieurs fois observé, chez des malades tuberculeuses, une aggravation de tous les symptômes pulmonaires, du douzième au quatorzième jour après la fin des règles et, dans quelques cas, une véritable hémoptysie, alors même que les règles étaient venues en temps et quantité ordinaires.

La marche et l'évolution de ces accidents intermenstruels sont

(1) Fasbender. — *Zeitschr. f. Geburtsh. und. Frauenkrankh.*, 1875, p. 126.

(2) Martin. — *Traité clinique des Maladies des Femmes*, traduct. française, p. 44.

difficiles à préciser ; beaucoup de ces malades échappent à l'examen ; lassées en général de l'inanité des traitements qui leur sont conseillés, elles prennent le plus souvent leur mal en patience et cessent de venir s'en plaindre. D'après mon impression plutôt que d'après des observations précises et prolongées, ces phénomènes me semblent s'amender avec le temps et sous l'influence réelle ou supposée de médications diverses. Je n'ai jamais observé de malades présentant ces crises menstruelles dans les troubles de la ménopause ; on ne les observe pas après quarante ans, et ils ne m'ont jamais paru se prolonger pendant toute la durée et jusqu'à la fin de sa vie menstruelle. Elles s'atténuent ou disparaissent, sans qu'on puisse en donner une bonne raison.

*
* *

Le *traitement* se ressent des incertitudes de la pathogénie des accidents. En raison des troubles utérins, de la sécrétion glaireuse, sanguinolente ou hydrorréique, beaucoup de ces malades sont accusées de métrite et soignées en conséquence : injections, tampons, cautérisations et attouchements de toute nature dans l'utérus, curettage, etc., ont été mis en œuvre, et le plus souvent sans aucun résultat. L'utérus n'est pas malade, il n'est pas ordinairement infecté ; il ne présente que des troubles vaso-moteurs que ne saurait modifier une médication locale. Plus encore, je conseille l'abstention complète de traitement de ce côté ; toute intervention ne pouvant donner à l'utérus qu'une sensibilité exagérée et provoquer des réflexes utérins ou ovariens.

J'ai essayé à l'intérieur les préparations d'aconit, d'hamamelis virginica, d'hydrastinine ; le bromure de potassium et l'ergot de seigle d'une façon continue ou intermittente ; l'antipyrine pendant la crise. J'ai également prescrit la révulsion locale au niveau de la région ovarienne douloureuse, soit par des applications de chloroforme, soit au moyen de la cautérisation superficielle au thermo-cautère : aucun de ces moyens ne m'a donné de résultats. Dans ces derniers temps, j'ai conseillé les capsules de corps thyroïde, sans que je puisse encore donner les résultats de cette nouvelle tentative thérapeutique.

Le traitement doit surtout viser l'état général et chercher ses indications dans l'étude de la malade ; l'hydrothérapie chaude et froide, les stations thermales sédatives et décongestionnantes de Néris, Luxeuil, Plombières peuvent être avantageusement conseillées, avec la certitude au moins de ne pouvoir aggraver les accidents.

Les interventions utérines me paraissent pour le moins inutiles, à moins qu'il n'existe de toute évidence une lésion du col ou du corps pouvant entraîner une indication chirurgicale ; *a fortiori*, il ne saurait être question d'enlever les annexes d'un ou des deux côtés. La caractéristique des accidents que je me suis proposé de décrire dans ces quelques lignes est leur production en dehors de lésions avérées, soit par un trouble physiologique, comme une menstruation surnuméraire, soit grâce à de petites lésions de l'ovaire réveillant sa sensibilité et troublant la vasomotricité utérine. Et il me paraît précisément utile de connaître ces faits pour ne pas être tenté de leur appliquer une thérapeutique trop active, et il ne s'agit guère, dans cet article, que d'un petit chapitre quasi-médical de la pathologie utéro-ovarienne.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.*)

---

# RECHERCHES

## sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil circulatoire de l'utérus des mammifères. — (Résumé).

Par le Dr Keiffer (Bruxelles).

Les recherches que j'ai entreprises, il y a quelques années, sur la physiologie de l'utérus ont porté tout d'abord sur la musculature et l'innervation de cet organe.

Je me suis attaché tout d'abord à montrer au moyen de préparations histologiques la disposition relative des couches musculaires dans les utérus de souris, chatte, lapine, cobaye, chienne, femme. Au moyen des méthodes myographique et manométrique, j'ai inscrit les réactions musculaires qui s'y passent à la suite d'excitations périphériques et directes, portant sur les nerfs

médullaires, la moelle lombaire, le système sympathique, le pneumogastrique, ainsi que les réactions consécutives aux modifications de composition du sang. (Asphyxie.)

Nous avons pu voir par ces moyens que l'utérus était toujours constitué de deux couches musculaires de fibres longitudinales et circulaires et que leur action antagoniste, alternative et coordonnée, donnait lieu à de véritables ondes péristaltiques, de la même manière que les couches musculaires de l'intestin.

Chez les mammifères supérieurs, une troisième couche se trouve interposée entre les deux précédentes ; son rôle paraît plutôt lié à celui des vaisseaux, à raison de son extrême vascularisation et de sa structure spéciale.

Permettez-moi aujourd'hui de poursuivre cette étude en m'attachant surtout à l'anatomie vasculaire et à celle de la muqueuse utérine, afin d'élucider le fonctionnement physiologique.

Au moyen de coupes histologiques et par le procédé des injections de gélatine carminée dans le système aortique, j'ai cherché à connaître les rapports existant entre l'utérus musculaire et l'appareil circulatoire artériel et veineux.

Les projections lumineuses que je vous montre, sont faites au moyen de photographies diapositives que j'ai prises en différents points des préparations histologiques des parois utérines de chienne ; les chiennes qui ont servi aux injections ont été prises au moment de la menstruation et en dehors de cette période.

Il résulte de l'examen des images obtenues que :

1° Au fur et à mesure qu'on s'approche des mammifères supérieurs on voit l'utérus devenir de plus en plus dépendant des réactions vaso-motrices.

En effet, les vaisseaux sanguins se présentent sous trois aspects différents, au point de vue de leurs connexions avec le tissu musculaire lisse de l'utérus.

*a*) A parois propres et circulant dans l'organe, séparées de lui par une couche de tissu conjonctif lâche ;

*b*) A parois propres, mais ces parois sont intimement unies au tissu utérin et font corps avec lui ;

*c*) Sans parois propres, sauf un simple endothélium. Ce sont

les fibres lisses utérines qui forment aux vaisseaux une gaîne de fibres arciformes.

Ces trois formes de vaisseaux se rencontrent, les premiers chez les petits mammifères, les derniers chez les grands mammifères, et peuvent coexister (jument, femme) suivant que l'on considère les vaisseaux au moment de leur pénétration dans l'utérus ou pendant leur trajet dans l'organe.

2° Chez la femme, le chien et le cobaye, l'appareil vasculaire peut se diviser en deux zones ou territoires bien distincts : 1° une zone musculaire vaso-motrice ; 2° une zone muqueuse secrétoire.

En se contractant successivement, les deux couches musculaires de la paroi utérine provoquent la congestion alternative ou la déplétion vasculaire de la muqueuse utérine, au grand bénéfice de la fonction sécrétoire des glandes utérines.

3° Pendant la période menstruelle (chien) l'utérus a triplé de volume ; il existe une surnutrition manifeste, une congestion intense des vaisseaux et des mouvements péristaltiques très marqués dans toute l'étendue de l'utérus.

A la coupe, on voit surtout la muqueuse épaisse, ses glandes sont en pleine activité et entourées d'un riche réseau capillaire.

C'est grâce à l'activité fonctionnelle de la zone vasculaire muqueuse et spécialement de ses capillaires que se fait la menstruation.

4° Chez la chienne, la menstruation se fait par filtration des éléments liquides et par diapédèse des éléments figurés du sang en circulation à travers l'endothélium des capillaires et à travers l'épithélium des tubes glandulaires de l'utérus.

Il arrive constamment, comme on peut le voir très nettement sur nos préparations, que la diapédèse entraîne un grand nombre de globules sanguins dans le tissu conjonctif périvasculaire où ils subissent la désintégration hématique habituelle. La diapédèse se produit aussi, mais très légèrement, dans des points de l'utérus dépourvus de glandes tels que le col.

5° En aucun point de la muqueuse, pendant la menstruation normale, on ne découvre de lésion endothéliale ni épithéliale.

Mais d'après la disposition des vaisseaux, on conçoit facilement que dans certains cas d'altération inflammatoire, néoplasique, ou de régénération insuffisante de la muqueuse, il puisse se produire des hémorragies entre les muscles et la muqueuse, soulevant cette dernière, déterminant sa nécrose, sa chute et avec elle tous les signes cliniques de la *dysménorrhée membraneuse*.

6° En résumé, la menstruation est un acte sécrétoire au sens anatomique et physiologique du mot.

On peut dire que l'utérus est aussi bien organisé pour jouer le rôle de glande que le rein, la peau, le foie ; on peut dire que l'épithélium des glandes utérines est au réseau capillaire qui l'enveloppe comme l'endothélium rénal est au glomérule rénal. Et, comme le sang menstruel ne se coagule pas, la fibrine ou le fibromogène étant retenu vraisemblablement par l'action élective de l'endothélium vasculaire sur les éléments du sang en circulation, on peut dire aussi que la fibrine ou le fibrinogène passant dans le liquide menstruel est à cette sécrétion comme l'albumine est à l'urine.

(*Bull. de la Soc. belge de gynécologie*, 1897, n° 4.)

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

### TRAITEMENT DE L'ÉVENTRATION CONSÉCUTIVE A LA GROSSESSE,

par M. le docteur Doléris,

Le mot *éventration* sert à qualifier des états pathologiques assez semblables quant à l'apparence de la lésion qui les caractérise, mais très différents à beaucoup de points de vue. Une monographie sur l'éventration serait une œuvre intéressante à faire et on y pourrait, par comparaison, élucider bien des points concernant la pathogénie et la thérapeutique.

Je me bornerai, à l'occasion d'une malade traitée dans notre service de la Pitié, à parler d'une forme d'éventration très spéciale au point de vue de son étiologie, de son aspect clinique et de

son traitement. C'est l'éventration consécutive à la grossesse, lésion bien connue des accoucheurs qui de tout temps lui ont attribué un rôle nuisible pour l'accommodation du fœtus, et dans les phénomènes actifs du travail de l'accouchement.

Elle n'a donc rien à voir avec les autres variétés d'éventration, qui, pour le résumer en passant, résultent : tantôt d'une hernie abdominale congénitale, vice de conformation ressortissant à la tératologie ; tantôt d'une hernie ombilicale ou latérale, accidentelle, avec issue épiploïque ou intestinale provenant d'un effort ou d'un traumatisme violent.

Elle se différencie aussi, par bien des côtés autres que l'étiologie, de la hernie post-opératoire qui a fait le sujet d'intéressantes discussions au dernier Congrès de Genève. Elle conserve une physionomie très particulière, qui doit lui faire réserver un chapitre à part dans l'histoire de ces sortes d'affections.

A défaut de définition précise, je m'en tiendrai à cette vue classique qui la représente comme une saillie anormale de l'abdomen, qui ne s'explique ni par l'hyperplasie adipeuse ou musculaire des parois du ventre ; ni par l'existence d'une tumeur intra-abdominale permanente comme un kyste ovarique, un fibrome utérin, ou passagère comme l'ascite, le tympanisme. Cette saillie anormale résulte donc uniquement du relâchement et de l'amincissement des diverses couches pariétales du ventre. Dans ce relâchement, les tissus fibreux sont les plus intéressés : l'écartement des muscles droits, l'élargissement ou mieux l'étalement de la ligne blanche et des autres espaces fibreux constituent la lésion dominante. Mais les gaines des droits, les aponévroses des transverses et des obliques, les espaces fibreux latéraux, le fascia transversalis et les couches du péritoine ont subi eux-mêmes une surdistension qui, de toute évidence, contribue au relâchement général des tissus. Les bandes musculaires elles-mêmes sont tiraillées, aplaties, étalées.

L'éventration *post partum* reflète donc, dans les transformations persistantes des tissus après l'accouchement, les transformations subies au cours du développement de l'œuf pendant la gestation et qui, dans la succession physiologique des phénomènes, devraient disparaître peu à peu après l'accouchement. Le même genre de lésions existe dans l'éventration causée par le développement d'une tumeur volumineuse de l'abdomen, mais avec cette

différence cependant que, durant la grossesse, les tissus s'hypertrophient proportionnellement à l'effort subi, ce qui est un élément favorable à la *restitutio ad integrum* pendant les suites de couches. Il faudra donc l'intervention de conditions spéciales pour que l'éventration reste à l'état persistant.

Il existe toujours, après la grossesse et, en tout cas, immédiatement après l'accouchement, un certain degré d'éventration. Il suffit d'introduire l'extrémité des doigts entre les muscles droits, aussitôt après la sortie du fœtus, même avant la délivrance, pour constater l'écartement anormal de ces muscles pendant le relâchement du ventre et la saillie avec propulsion de la masse intestinale à chaque effort volontaire de la parturiente. La palpation de la matrice est d'une extrême facilité grâce à la minceur des parois sur la région médiane. On arrive à sentir très nettement les ligaments ronds, et parfois des noyaux fibromateux saillant sur le globe utérin.

Pendant la grossesse même, on est frappé de la ténuité extrême de la paroi abdominale qui coïncide certaines fois avec la minceur de la paroi utérine, phénomènes d'origine identique le plus souvent et tenant à la débilité constitutionnelle en quelque sorte des tissus.

Dans les premiers jours qui suivent les couches, les phénomènes signalés tout à l'heure, la propulsion de l'intestin principalement, est très aisée à sentir quand la femme, étant assise sur son lit, on lui fait exécuter des efforts, ou que, spontanément, il lui arrive de tousser.

Nous avons récemment eu l'occasion d'observer une femme qui venait accoucher pour la deuxième fois dans notre service de la Pitié, et qui était à sa dixième grossesse. Difforme et de petite taille, elle présentait un type d'abdomen pendulum des plus marqués. Chez elle l'éventration générale se compliquait d'un élargissement circulaire énorme de la région ombilicale. Comme cette femme était affectée d'un catarrhe bronchique rebelle, qu'elle toussait très fréquemment, on voyait à chaque secousse de toux une énorme saillie cylindro-conique, se former tout d'un coup à la surface de son abdomen déjà fort distendu et disparaître après la quinte. C'était là une éventration excessive qui s'était compliquée à la longue d'un écartement considérable du trajet ombilical. — Après son accouchement elle conservait une paroi abdominale

extraordinairement relâchée et flottante qui redescendait sur les cuisses.

A côté de ces formes extrêmes il en est d'à peine apparentes. Le plus souvent l'éventration rétrocède et disparaît rapidement ; la paroi abdominale revient à ses dimensions primitives, les tissus fibreux se rétractent, les espaces aponévrotiques amincis se réduisent en se tassant, et les muscles, grâce à leur tonicité accrue par la multiplication des fibres contractiles, contribuent pour beaucoup à ce résultat. On ne sent plus d'écartement anormal entre les bords internes des muscles droits. C'est ce qu'on a appelé *l'involution*, au même titre que le phénomène analogue qui se produit pour l'utérus.

Cette marche est la règle après une ou même deux grossesses. Chez quelques femmes fortement musclées, une succession de plusieurs grossesses ne s'oppose pas à un semblable retour à l'état normal. Mais souvent et chez la plupart des multipares le résultat n'est atteint entièrement qu'au bout d'un temps assez long, plusieurs semaines, plusieurs mois. Encore faut-il user de précautions et ne point négliger certaines des pratiques qui, de tout temps, ont été préconisées en vue de s'opposer à l'éventration.

Lorsque la disparition de la difformité est effectuée ou paraît l'être, on constate néanmoins, dans certains cas, que ce n'est qu'une apparence. J'ai fait un grand nombre de recherches à cet égard et mes investigations m'ont conduit aux conclusions suivantes : Le ventre est resté gros et la paroi abdominale relâchée. Mais le tégument et le tissu cellulaire sous-cutané, au lieu de glisser et de se plisser sur les couches musculo-aponévrotiques se sont épaissis, renforcés et font corps avec ces couches.

Il s'est produit une hyperplasie adipeuse qui vient masquer en partie l'éventration, et c'est grâce à cet artifice, véritable capitonnage graisseux de la paroi abdominale, que celle-ci étant plus épaissie et plus dense résiste suffisamment à la pression des viscères. De telles malades, je le répète, conservent néanmoins un gros ventre, et si on a l'occasion d'examiner *post mortem ou in vivo* comme dans le cas ci-après relaté, l'état des parois abdominales on trouve les espaces fibeux anormalement agrandis.

C'est cependant une légère difformité dont les conséquences sont habituellement sans influence sur la santé générale et sur le fonctionnement physiologique des organes. Il y a en cela d'ail-

leurs une question de degré assez difficile à établir par avance.

A côté de ces variétés qui constituent la règle générale, viennent se placer les éventrations excessives et permanentes, infirmités véritables, pouvant influer de différente façon sur la santé des femmes qui en sont atteintes.

Pour expliquer la différence du degré de la lésion chez les différents sujets, il faut tenir compte tout d'abord de la résistance individuelle, du tonus général, et pour ainsi dire de l'étoffe des tissus mis en cause.

Il n'est pas jusqu'aux conditions sociales qui n'interviennent d'une façon certaine. La femme de la classe aisée qui peut rester longtemps alitée après ses couches, est, toutes choses égales d'ailleurs, moins sujette à l'éventration que l'ouvrière, la ménagère obligée parfois de reprendre de durs travaux prématurément et en pleine période de réparation des organes.

Ce ne sont là toutefois que des considérations d'ordre très général. Il faut savoir qu'en réalité il suffit parfois d'une seule grossesse pour produire une difformité irrémédiable. C'est le fond même de la question qui m'occupe spécialement ici ; ce qui m'amène à envisager avec quelques détails *l'étiologie* de l'éventration.

On peut la diviser en deux grandes catégories de causes : les causes dépendant directement de la grossesse ; celles qui lui sont consécutives.

Les grossesses répétées se succédant à courts intervalles prédisposent singulièrement à l'éventration, en entretenant une tension presque continuelle des parois qui amène rapidement leur usure ; en favorisant la subinvolution des tissus musculaires et fibreux, des premiers surtout, d'où résulte la persistance prolongée d'éléments anatomiques dégénérés, graisseux, lents à se résorber, et de ce fait, l'atonie du muscle qui le rend incapable de résister à la pression viscérale et l'oblige à se laisser distendre. C'est un véritable surmenage des tissus ; — enfin, en produisant un phénomène inverse, d'une nature singulière qui porte le nom de *superinvolution* et grâce auquel les tissus se résorbent avec rapidité et avec excès : les couches musculaires appauvries sont dans une condition qui produit les mêmes effets que la subinvolution.

Viennent ensuite toutes les causes bien connues qui entraînent un développement excessif de l'abdomen : enfant volumineux,

grossesses gémellaires, hydramnios, tumeurs compliquant la grossesse, vices de conformation du bassin, de la colonne vertébrale, etc.

Déjà pendant la grossesse, on peut prévoir la possibilité de l'éventration post-partum, par la forme même du ventre définie par les dénominations significatives de ventre en obusier, en besace, abdomen pendulum..., suivant l'apparence même de la déformation dont la femme gardera, après la délivrance, des traces plus ou moins persistantes.

Enfin, il est une cause qui, pour être rare, n'en est pas moins réelle et dont le mécanisme est aisé à saisir ; je veux parler de la striction excessive exercée au moyen du corset, en vue de dissimuler la grossesse. Les femmes qui volontairement se soumettent à une semblable torture, pour obéir à des nécessités sociales, arrivent ainsi à se déformer l'abdomen d'une façon irrémédiable dans les six ou sept premiers mois de la grossesse. L'action constrictive du corset agit directement en repoussant en bas la masse abdominale et indirectement en gênant sensiblement la circulation sanguine dans les tissus, et par suite en amenant la dénutrition lente des muscles et des aponévroses. Certains auteurs attribuent encore à cette gêne circulatoire l'adipose excessive qui se produit dans le tégument.

Après la grossesse, il faut faire entrer tout d'abord en ligne de compte l'irrégularité du retour des tissus à leur état normal. Le rôle des accidents post-puerpéraux est, à ce point de vue, primordial. L'influence des inflammations utérines de nature infectieuse, généralisées plus ou moins au péritoine et, par son intermédiaire, aux muscles de l'abdomen, gêne le retrait de l'organe et entretient ces muscles dans un état de dénutrition qui amèneront rapidement leur déchéance. Les infections graves agissent encore plus réellement sur le système musculaire abdominal pour l'altérer.

Nous avons déjà parlé de la qualité des tissus. C'est à cette cause unique qu'il faut souvent rapporter les phénomènes de subinvolution utérine parfois inexplicable autrement. Nous avons signalé l'importance de l'hygiène post-puerpérale, l'action défavorable de la vie active trop tôt reprise, l'influence néfaste de durs travaux journaliers à une période où le repos absolu s'imposerait encore.

Nous avons fait entrevoir la prédominance d'action de la résistance individuelle. Nous devons entrer à ce sujet dans des détails un peu plus complets. Il est avéré que certaines femmes présentent une résistance extrême à ces causes de débilitation. Mais pour une qui échappe, combien sont frappées et présentent comme conséquence une difformité entraînant après elle des lésions multiples, sources de profondes souffrances. Ce sont les débiles, celles dont le système musculaire est peu développé, dont l'organisme tout entier est frappé d'insuffisance, qui sont plus particulièrement atteintes. L'obésité agit dans le même sens, par vice de nutrition des tissus et des organes atteints de dégénérescence graisseuse et impuissants à reprendre leur vigueur après une altération même légère. Cependant il est rare que, même dans ces conditions défavorables, l'éventration soit le fait de cette cause unique. Pour qu'elle se produise à un degré excessif, exceptionnel, il faut d'autres conditions ; et, à ce titre, la malade qui fait le sujet de cette étude est particulièrement intéressante. C'est que chez elle avec la débilité native coexiste cette cause mécanique très particulière due à l'action prolongée du corset, ainsi qu'on le verra par la lecture de son observation.

La nommée P.... (Augustine), âgée de 22 ans, est entrée dans notre service le 11 décembre 1895 pour accoucher.

Les dernières époques datent du 19 janvier 1895, elles furent particulièrement abondantes. Mais le début de la grossesse pour laquelle elle entrait à l'hôpital ne remonte qu'en mars. Cette grossesse fut normale pendant le premier mois, mais le sujet eut quelques vomissements, assez peu gênants d'ailleurs. Le ventre n'était pas douloureux. L'appétit était excessif. L'abdomen était excessivement volumineux et plus développé que pour une grossesse simple. Il retombait très bas comme chez une grande multipare. Craignant de se voir congédiée par la maison où elle travaillait, la malade se tenait le plus possible au moyen de son corset pour diminuer l'ampleur de sa taille et dissimuler autant que possible son état à son entourage. De telle sorte que la région sous-ombilicale de l'abdomen était surtout mise à contribution pour le développement de l'utérus. Celui-ci était en antéversion très marquée. La malade entra dans notre service le 11 décembre 1895. Elle éprouvait des douleurs assez fortes à la région lombaire et dans

les membres inférieurs. Le 8 janvier 1896, accouchement avec application de forceps pour insuffisance des contractions, à la dernière période du travail.

Hémorrhagie consécutive par inertie utérine traitée par des injections d'ergotine et le tamponnement utéro-vaginal. Le périnée avait été déchiré : périnéorraphie immédiate avec 5 points de suture.

L'enfant, volumineux, pesait 3800 grammes. Il partit en nourrice le 14 janvier et mourut à l'âge de 6 mois d'une méningite.

Durant les jours qui suivirent l'accouchement, il n'y eut pas de retrait de la paroi comme elle aurait dû se produire. L'abdomen resta développé et flasque. Il présentait des vergetures extrêmement marquées.

Trois semaines après l'accouchement, la malade quitta l'hôpital à son tour. Elle était en excellent état, mais gardait un ventre gros et flasque pendant sur le pubis et descendant sur les cuisses, qui constituait une véritable difformité, même alors qu'elle était vêtue.

Cette déformation était si gênante et si visible que, le 19 novembre 1896, la malade revenait nous consulter et rentrait dans le service pour suivre un traitement spécial.

A ce moment l'état de l'abdomen était le suivant : la paroi était toujours volumineuse, flasque, poisseuse, couverte de vergetures très profondes. Il existait un véritable ballottement de cette masse épaisse, au niveau de laquelle la peau indurée, œdémateuse, présentait de nombreuses rides et une coloration brune assez tranchée. Au-dessous, la palpation profonde permettait de sentir un écartement des muscles droits d'environ dix centimètres. Au niveau de cette éventration la masse intestinale tendait à faire hernie au dehors au moindre effort.

Du côte de l'utérus, abaissement léger. Ptose et relâchement des parois du vagin — laxité du releveur de l'anus. Le traitement d'abord essayé fut purement médical. La malade fut soumise à une thérapeutique très complexe : tous les jours une douche ; une séance de galvanisation : à plusieurs reprises une séance de gymnastique abdominale consistant dans la flexion du tronc sur les membres inférieurs complètement étendus jusqu'à toucher la terre avec l'extrémité des membres supérieurs placés eux-mêmes dans l'extension complète. Ce mouvement correspond à peu près

au quarantième exercice de la gymnastique de chambre préconisée par Schreber. Il a pour objet de faire contracter énergiquement tout l'appareil musculaire de la paroi abdominale et d'agir aussi par excitation sur les nerfs spinaux. Je crois surtout à la première interprétation.

Nous adjoignîmes plus tard à ce traitement des séances nombreuses et prolongées de massage abdominal.

Une légère amélioration fut obtenue par ces procédés. Les muscles grands droits se contractaient, mais avec assez peu d'énergie ; par contre, le releveur de l'anus avait repris de la vigueur. L'utérus était en bonne position, à son niveau normal.

Le traitement fut continué avec persévérance pendant trois mois, mais sans grand avantage. La malade ne voulait et ne pouvait rester dans cet état qui lui interdisait l'exercice de toute profession. Le 24 février une intervention chirurgicale fut décidée, intervention avant tout plastique, réclamée par la malade qui se voyait, à cause de sa difformité, dans l'impossibilité de gagner sa vie. La masse abdominale persistait, en effet, et prenait sous les vêtements l'apparence d'une tumeur volumineuse ou d'une grossesse déjà avancée.

L'opération consista en une incision d'une longueur de 30 centimètres sur la ligne médiane passant par l'ombilic et s'étendant de l'appendice xyphoïde à *n* travers de doigt au-dessus du pubis. On tomba sur une peau épaissie doublée par une masse graisseuse d'une épaisseur de 6 à 7 centimètres environ, dure et comme lardacée. Au-dessous, la ligne blanche était convertie en une simple lame mince, nacrée, étalée entre les bords des deux grands droits et représentant avec eux un long espace fibreux elliptique, à grand axe vertical. Cette aponévrose fut réséquée dans toute sa longueur, d'abord dans sa moitié supérieure, puis dans sa moitié inférieure. Suture continue du péritoine au catgut. Le bord des droits mis à découvert fut ensuite rapproché et soigneusement suturé à l'aide d'un gros catgut et par points séparés l'un de l'autre de 1/2 centimètre au plus, y compris la suture indépendante de la gaine fibreuse.

Le ventre ainsi solidement fermé, je réséquai, de chaque côté de la ligne médiane, par deux longues incisions courbes concaves en dedans, l'excès de peau et de tissu adipeux, de manière à supprimer trois à quatre centimètres de tissu de chaque côté de l'in-

cision à sa partie moyenne. Les deux lèvres de cette nouvelle incision, elliptique comme la première, furent rapprochées et réunies au crin de Florence. Pansement au salol et à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent très simples. On ne nota qu'une légère élévation de température (37°8 — 38°2), 4 ou 5 jours après l'opération, accompagnée de quelques douleurs que la malade localisait à son ombilic et que nous croyons pouvoir attribuer à la formation de quelques adhérences péritonéales de la plaie profonde.

Trois semaines après l'opération, le ventre est souple, lisse, plat; la déformation a disparu et la palpation permet de sentir que profondément les muscles grands droits sont rapprochés et forment une paroi solide et continue au-dessus de la peau.

Par mesure de précaution peut-être excessive, nous conseillons à l'opérée le port d'une ceinture abdominale pendant les premiers mois qui vont suivre l'opération.

Pour résumer les faits, voilà une malade tout particulièrement intéressante, chez laquelle l'éventration est pour ainsi dire préparée de longue date, mais n'apparaît qu'à la suite de causes surajoutées aux causes constitutionnelles dont nous retrouvons la trace dans son histoire clinique. Fille de tuberculeux et d'épileptique, elle-même, sans avoir jamais fait de grande maladie, a toujours été débile. Cette faiblesse originelle, d'abord peu marquée, s'accentue lorsque le sujet va devenir femme. La chlorose fait son apparition. Il y a donc en elle une tare organique profonde qui va retentir sur tous appareils et qui manifeste surtout son action sur l'utérus et ses annexes. La menstruation s'établit mal, difficilement, irrégulièrement. A côté de mois où les règles font défaut, il en est d'autres où elles sont très abondantes. Survient une grossesse ; pour la cacher, la malade se comprime fortement la taille, ajoutant ainsi volontairement un obstacle au libre développement des organes de l'abdomen. Pendant l'accouchement l'expulsion se fait mal et nécessite l'application du forceps. Au moment de la délivrance, l'inertie utérine apparaît et cause une hémorrhagie grave.

Nous trouvons réunies dans l'observation de cette femme, un certain nombre de complications susceptibles de se présenter au cours d'accouchements survenant dans des conditions bien déterminées et bien connues d'affaiblissement des parois abdominales.

Physiquement, notre malade est de taille médiocre, son système musculaire est peu développé, elle est pâle et présente en somme tous les attributs de la chlorose. Elle possède donc tous les éléments nécessaires pour présenter après l'accouchement des phénomènes de subinvolution et, au premier plan, une large éventration persistante par atonie musculaire et laxité ligamenteuse.

L'éventration n'est pas la seule complication constatée dans les cas analogues au précédent et il est rare qu'elle se présente isolée de lésions du côté des organes pelviens. Comme conséquence, non seulement de cette difformité elle-même, mais encore et avant tout de la constitution défectueuse du sujet et de la subinvolution des tissus, on voit survenir un certain nombre de lésions intéressant non seulement l'appareil génital, mais encore tous les organes de l'abdomen. Du côté du bassin on note du prolapsus utérin : la laxité des ligaments musculaires qui relient la matrice aux parois du petit bassin accompagnant souvent le relâchement musculaire pariétal. Comme conséquence plus immédiate, je signale la cystocèle et la rectocèle qui s'associent souvent au premier degré du prolapsus.

Du côté de l'hypogastre, l'intestin qui n'est plus contenu par des parois tendues et résistantes, fait hernie au moindre effort et peut être senti sous la peau. Inutile de rappeler qu'une hernie véritable peut se produire et se compliquer de façon à nécessiter une intervention d'urgence. Enfin, ainsi que Glénard l'a signalé, la ptose générale des viscères n'est pas rare en pareil cas et l'on trouve mentionnées dans les observations de ce genre des ptoses gastriques avec ou sans dilatation, hépatiques, rénales, intestinales, avec les complications qu'elles entraînent, douleurs, malaises, vomissements, état nerveux spécial, vertige, etc.

On pourrait rappeler ici les complications spéciales à la grossesse et à l'accouchement, bien étudiées par les auteurs qui se sont plus particulièrement occupés des phénomènes de l'accommodation ; la fréquence des présentations vicieuses, des transversales en particulier ; la difficulté de réduire manuellementces présentations ou plutôt de les maintenir réduites à la fin de la grossesse, à cause de la laxité extrême des parois abdominales. Je me contente de renvoyer aux travaux de Mattéi, Hubert, Pinard, etc., tout en insistant sur ces conséquences pronostiques de l'é-

ventration au point de vue de la gestation. L'inertie au moment de l'accouchement en comporte d'analogues.

D'où la nécessité, avant tout, d'user du traitement prophylactique dans la période immédiate des suites de couches.

En présence d'une éventration assez grave pour entretenir un véritable état de maladie et pour rendre tout effort prolongé et pénible impossible, quelle conduite faut-il tenir ?

Les divers procédés thérapeutiques que l'on doit mettre en œuvre varient suivant le degré de la lésion et aussi suivant l'état du système musculaire. On conçoit qu'une éventration moyenne chez une femme vigoureuse soit susceptible de guérison complète sans que l'on ait recours aux méthodes sanglantes. Celles-ci, du reste, ne doivent être tentées qu'en dernier ressort et alors seulement que les pratiques médicales mises en œuvre auront été reconnues absolument inefficaces. Il convient de passer en revue les méthodes thérapeutiques auxquelles on doit s'adresser avant de songer à intervenir d'une façon chirurgicale.

En premier lieu et dès que, à une époque assez rapprochée de l'accouchement où l'éventration irréductible et considérable est constatée, il est absolument nécessaire de faire reprendre le *repos absolu* à la malade. Le décubitus horizontal me paraît présenter plusieurs avantages. Il agit localement en empêchant une éventration moyenne de devenir plus considérable ; il peut avoir une heureuse influence sur l'état général. Si le sujet est une chlorotique, par exemple, elle bénéficiera de ce repos absolu qui permettra à son sang de se refaire de lui-même. Mais surtout il préviendra les conséquences que je signalais tout à l'heure ; en permettant au système musculaire de réparer les lésions contractées pendant la grossesse, il évitera les prolapsus, les ptoses rénales et gastriques. Dans tous les cas il est absolument indiqué d'éviter les stations debout prolongées et les efforts un peu violents.

Les *toniques* viendront heureusement en aide au repos. Ils agiront surtout sur l'état général ; le fer sous la forme de protoxalate, de teinture de mars tartarisée, le vin de quinquina, seront les toniques que vous ordonnerez de préférence.

Au même titre on doit prescrire l'hydrothérapie. La douche froide est ici tout indiquée. Nous nous trouvons en présence, en effet, d'une affection de nature essentiellement atonique dans laquelle le système musculaire a besoin d'une excitation forte et

prolongée. La douche agira encore sur les états nerveux ou névropathiques (neurasthénie, hystérie, irritation spinale) qui causent ou aggravent toute une série de troubles génitaux chez la femme (hémorrhagies utérines, spasmodiques, douleurs exagérées). Ici encore c'est à la douche en jet que l'on aura recours, et sa durée ne devra pas dépasser une moyenne d'une demi-minute.

En outre, il faudra y adjoindre des moyens mécaniques. Une contention modérée du ventre par une ceinture large. Exagérée, elle réagirait sur les organes pelviens pour aggraver la ptose génitale. Interdire absolument le corset. — Une gymnastique appropriée permettra aux muscles droits et obliques de se refaire et de récupérer assez de puissance pour amener une guérison à peu près parfaite. J'ai indiqué déjà dans le cours de cette note de quelle façon il fallait procéder pour obtenir ce résultat. La flexion du corps sur les cuisses étendues de façon à obtenir un angle à peu près droit, les muscles supérieurs étant en extension redonneront en un nombre limité de séances aux muscles de l'abdomen comme à la musculature pelvienne un surcroît de vigueur susceptible de réparer les lésions de l'éventration. C'est encore dans ce but que l'on aura recours au traitement électrique ; faradisation et galvanisation alternatives, dont les effets excitants et trophiques viennent puissamment en aide aux différents procédés dont je viens de parler.

Le massage employé depuis deux ans sur une vingtaine de malades du service et fait tantôt par des professionnels, tantôt par des élèves, sur mes indications, ne nous a guère donné de résultat. Il faudrait l'employer dès les premiers jours des suites de couches, et alors il est généralement un peu douloureux.

Il peut arriver cependant que les heureux effets que l'on est en droit d'attendre de ces diverses méthodes ne se produisent pas, soit qu'elles aient été mises trop tardivement en pratique, soit que la lésion ait acquis un degré trop exagéré. C'est ce qui nous est arrivé chez notre malade. En pareil cas, il ne reste plus qu'une ressource : l'intervention chirurgicale. Je ne m'étendrai pas longuement sur le procédé opératoire à employer. Je l'ai exposé en entier en relatant l'observation. L'incision doit être faite sur la ligne médiane et mesurer toute l'étendue de la résection de la ligne blanche que l'on veut pratiquer. Le tissu cellulaire sera disséqué jusqu'aux bords des muscles droits. La ligne blanche se présen-

tant sous l'aspect d'une aponévrose nacrée de largeur variable est facile à reconnaître. De chaque côté, les muscles grands droits font une saillie plus ou moins élevée au-dessus de la dépression centrale. La résection de la ligne blanche étant pratiquée, il faut ouvrir les gaines des droits et affronter largement les surfaces musculaires. Une triple ligne de sutures au catgut, très exactement faite et modérément serrée pour assurer un contact étendu des tissus, assurera la fermeture de la paroi et sa solidité définitive. L'affrontement musculaire direct et la suture constituent le point capital de l'opération.

La première suture comprendra le péritoine avec le feuillet aponévrotique postérieur des droits, la seconde les muscles, la troisième l'aponévrose antérieure des droits. Enfin une résection plus ou moins étendue des téguments en forme d'ellipse permettra de rendre son aspect normal. La paroi sera suturée avec des crins qui, pénétrant profondément, réuniront la ligne de suture cutanée à la suture aponévrotique. Tel est le procédé opératoire qui présente le double avantage de fermer solidement l'éventration et d'être éminemment plastique.

Les figures dessinées par M. Dewy sur une représentation photographique de l'observation relatée plus haut montrent bien l'état antérieur et le résultat obtenu.

Ce résultat est durable. L'opérée travaille depuis longtemps, se porte bien et son abdomen est d'un aspect tout à fait normal. La cicatrice, photographiée au moment de la sortie de la malade, est aujourd'hui à peine perceptible à l'œil. Elle est épaisse et solide. L'opérée jouit d'une aisance parfaite de ses mouvements, est capable d'un travail régulier, même assez pénible.

Du côté des organes génitaux, état parfait. La gymnastique spéciale et le repos adjoint aux autres méthodes de traitement avaient eu de bonne heure raison du léger prolapsus observé au début. De ce côté, la guérison a donc été obtenue sans opération. C'est un point essentiel à noter. (*Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

---

TRAITEMENT DES MÉTRITES, ET PARTICULIÈREMENT DE L'ENDOMÉTRITE CERVICALE BLENNORRAGIQUE, PAR LES APPLICATIONS LOCALES D'ESSENCE DE WINTERGREEN.

M. Jouin. — S'inspirant des recherches de MM. Linossier et Lannois sur les applications locales de salicylate de méthyle contre le rhumatisme, l'auteur a traité la métrite et ses différentes complications, mais tout particulièrement l'endométrite cervicale blennorragique, en badigonnant les régions malades avec de l'essence de wintergreen. Grâce à la pénétration de l'agent thérapeutique le gonocoque peut être atteint jusque dans les culs-de-sacs glandulaires.

M. Jouin a pu ainsi, par ces applications locales d'essence de wintergreen, porter dans les trompes, à travers les membranes, un excellent antiseptique, l'acide salicylique, et obtenir la guérison de vieilles salpingites. Il croit d'ailleurs à une action spécifique de l'agent thérapeutique, la méthode du médecin lyonnais réussissant surtout dans les cas de rhumatisme blennorragique et le même traitement ayant donné de bons résultats chez l'homme atteint d'urétrite blennorragique.

---

VOLVULUS CONGÉNITAL.

MM. L. Tissier et Mercier. — Les auteurs présentent l'intestin d'un nouveau-né apporté à l'hôpital Saint-Antoine quatre jours après sa naissance. Cet enfant n'avait pas rendu son méconium et présentait tous les signes de l'occlusion intestinale. L'anus était normal et permettait l'introduction d'une sonde molle. Le ventre était ballonné dans toute son étendue. Anus iliaque. Mort quatre jours après l'opération. A l'autopsie, on trouve une péritonite généralisée causée par une rupture intestinale. La cause de l'étranglement était un volvulus siégeant sur l'intestin grêle. Le gros intestin était atrophié. L'incision opératoire siégeait sur l'intestin grêle. La rupture intestinale s'était produite au-dessus du volvulus et non au niveau des sutures. La torsion intestinale avait dû se produire de bonne heure, pendant la grossesse, car le bout inférieur de l'intestin ne contenait pas de méconium. Les auteurs se proposent d'examiner le gros intestin au

point de vue histologique pour voir si le volvulus n'est pas consécutif à une lésion intestinale.

---

GALACTOPHORITE DOUBLE GÉNÉRALISÉE A STREPTOCOQUES.

M. Georghin. — Je viens présenter à la Société une observade galoctophorite généralisée observée dans le service des débiles, du Dr Boissard, à la Maternité. La femme dont il s'agit était nourrice dans le service où elle allaitait plusieurs enfants.

Le 29 juillet on nous appelle pour nous montrer un verre à expérience dans lequel la nourrice avait tiré son lait. Ce verre contenait un liquide grisâtre formé de deux couches.

La supérieure était constituée par un liquide blanc-grisâtre, l'inférieure par un dépôt plus foncé d'aspect purulent. Ces deux couches étaient séparées par un liseré de couleur rosée. Ce liquide avait été extrait du sein gauche. Le sein droit contenait également du pus, mais en moins grande quantité. L'état général était excellent et les nourrissons avaient une courbe normale. La nourrice est immédiatement passée à l'infirmerie. On l'examine alors plus attentivement.

Les seins paraissent normaux. Il n'existe pas d'engorgement de la glande ni des ganglions axillaires. La température est normale. Dans la soirée il survient un frisson avec température montant jusqu'à 39°9. Le lendemain tout est rentré dans la normale ; le pus disparaît peu à peu sous l'influence de l'expression des seins et, six jours après, la malade reprenait son service de nourrice.

L'examen du liquide a montré qu'il contenait des globules de pus en grande abondance. Sur des préparations colorées nous avons constaté la présence de nombreuses chaînettes de streptocoques. Les ensemencements sur gélose nous ont donné des cultures pures du même microbe. Cette observation nous a semblé intéressante :

1° A cause de la généralisation de la galactophorite à toute la glande mammaire ;

2° A cause de l'absence de signes locaux inflammatoires;

3° Enfin à cause de l'absence de manifestations pathologiques chez les nouveau-nés nourris par la malade.

M. Doléris. — Les galactophorites sont presque toujours à staphylocoques. Cette observation prouve qu'on peut en observer à streptocoques. C'est ce qui explique peut-être la généralisation à toute la glande, les staphylocoques produisant plutôt des noyaux disséminés.

M. Pichevin présente *un kyste tubo-ovarien* et *deux fibromes utérins* qu'il a opérés avec succès.

A. Brindeau.

(*Bull. méd.*)

---

# REVUE DE LA PRESSE

## FIBROME DE L'UTÉRUS AVEC ALBUMINURIE.

M. Fraikin présente un volumineux fibrôme développé dans la paroi postérieure de l'utérus et provenant d'une malade opérée le mois dernier dans le service de M. Boursier. Elle présentait, surtout depuis un an, des phénomènes fonctionnels graves : des douleurs vives, des ménorrhagies et des métrorrhagies, de la constipation, de l'hydrorrhée, de la rétention d'urine, un état général très affaibli. En outre, des analyses répétées de l'urine, émise en faible quantité, y décelèrent la diminution de l'urée et la présence de quarante centigrammes d'albumine, mais jamais de cylindres.

A l'examen physique, on notait le volume considérable du ventre, rempli par une tumeur remontant un peu au-dessus de l'ombilic, située sur la ligne médiane, dure, un peu lobulée. Au toucher, on sentait que cette même tumeur remplissait le bassin, le col utérin ayant presque disparu. L'hystérométrie donnait quatorze centimètres et demi.

Dans le service, la malade eut une nouvelle hémorrhagie très grave. Lorsqu'elle fut terminée et que l'affaiblissement eut été un peu surmonté par une médication tonique, on se décida à intervenir.

L'hystérectomie abdominale totale fut pratiquée et se passa sans incidents, malgré le volume de la tumeur et l'existence de quelques adhérences. Mais le lendemain de l'opération, la malade, qui était restée très affaiblie et avait de l'anurie presque absolue, succombait au choc opératoire. Elle avait eu une assez forte élévation de température.

A l'*autopsie*, nous n'avons rien découvert d'anormal dans la cavité péritonéale. Aucun signe d'hémorrhagie ni d'inflammation.

Les reins étaient à peu près normaux comme volume et comme poids. A la coupe, ils ont paru congestionnés, très friables, la zone corticale se délimitant mal du reste de l'organe.

A l'examen histologique, nous avons reconnu qu'il y avait un grand développement des vaisseaux, un état ratatiné des glomérules et la présence de nombreux cylindres hyalins. La malade avait donc de la néphrite chronique, et cette lésion a sans doute joué le plus grand rôle dans la production du choc post-opératoire.

Nous avons cru intéressant de vous présenter cette observation, d'abord au point de vue anatomique, étant donnés le volume de la tumeur et ses caractères qui en font un type parfait de fibrôme interstitiel, puis en raison de cette albuminurie. Ce symptôme, en effet, qui ne s'accompagnait, à part les variations du chiffre de l'urée, d'aucun autre phénomène de néphrite, devait être plutôt attribué à la compression qu'à une lésion rénale, et entraînait par suite la nécessité d'une intervention rapide, alors qu'il y aurait eu indication de s'abstenir si l'on avait diagnostiqué une néphrite nettement établie.

(*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 4 juillet 1897.)

---

TENDANCES PROLIFÉRATIVES ET DÉGÉNÉRATIVES DU PLACENTA RETENU DANS LA CAVITÉ UTÉRINE.

(Audebert et Sabrazès. *Annales de gynécologie*, avril 1897, p. 287.)

Un débris placentaire retenu dans la matrice au cours d'un avortement ou d'un accouchement peut proliférer au lieu de subir la décomposition organique. Mais au lieu de former des môles hydatiformes avec des restes du mésoderme fœtal, au lieu de former un déciduome malin ou épithélioma de l'ectoderme placentaire avec un reste de l'ecto-placenta (Durante et Mathias Duval), il peut proliférer pour former une tumeur ou déciduome malin et môle évoluant simultanément, mais dans certains cas pas jusqu'à leur plein développement. Les éléments proliférants ne trouvant pas dans l'utérus des conditions de nutrition favorables subissent la dégénérescence graisseuse ou calcaire et s'éliminent. C'est alors une néoplasie placentaire avortée. Tel est le cas suivant :

Mme J., 22 ans, blanchisseuse, sans tare héréditaire, bien portante, mariée en 1893, primipare en 1894, accuse au commencement d'octo-

bre 1895, des signes d'une nouvelle grossesse. En janvier 1895, à la suite d'une chute, sensation de déchirure dans le bas-ventre avec douleurs vives. Pas d'écoulement de sang. Cette douleur diminue, les lignes de grossesse persistent. A la fin de février après la perte de quelques gouttes de sang vermeil sans caillots, les signes de grossesses disparaissent, excepté les vomissements qui contribuent seuls et cachectisent de plus en plus la malade. Au mois de mai, état général mauvais.

Au toucher, on sent un utérus volumineux et à travers le col béant on sent une masse spongieuse, irrégulière.

Diagnostic : Rétention placentaire. Traitement : Repos au lit. Irrigations antiseptiques. Le traitement n'est pas suivi et l'état s'aggrave. A la fin de septembre, à la suite d'une émotion, une syncope et une hémorrhagie abondante se produisent, celle-ci entraînant une masse du volume d'une mandarine. Tous les symptômes disparaissent bientôt et la malade guérit promptement.

Tumeur grisâtre limitée à la coupe par une coque fibreuse envoyant des prolongements dans l'intérieur, formée par une masse rouge chair musculaire disposée en stratifications emboîtées, séparées par des fissures.

Au microscope, on trouve des îlots correspondant à des villosités de forme et de volume variables. Les unes sont irrégulièrement arrondies et petites, les autres profondément découpées en carte de géographie. On trouve des coagulations fibrineuses avec leucocytes et des lacs de sang maternel au milieu desquels rampent des masses protoplasmiques multinucléées placées autour des villosités qui sont ou fibreuses ou ont subi la dégénérescence calcaire et graisseuse.

Ces villosités sont constituées par des faisceaux onduleux du tissu conjonctif. Entre eux, et disposées bout à bout et en séries parallèles, sont des cellules fixes allongées.

Outre ces villosités fibreuses, il en est d'autres qui ont suivi la dégénérescence graisseuse et calcaire. D'autres villosités sont vagueguement fibrillaires, avec des cellules rameuses anastomosées dont le noyau circonscrit par une membrane limite des grains de chromatine.

Certaines de ces villosités présentent à leur périphérie des cellules rondes ou ovalaires à noyaux très chromatiques, en karyokinèse : quelques-unes de celles-ci renferment un protoplasme clair.

Ces végétations ne sont pas vasculaires, mais elles sont entourées de blocs cellulaires volumineux, mal limités, dont le protoplasma exubérant est semé de noyaux multiples.

On les rencontre dans l'insterstice des villosités, autour de celles-ci et dans les suffusions du sang maternel.

---

### LA CYSTITE CHEZ LES NOURRISSONS.

M. Finkelstein attire l'attention sur la fréquence de la cystite au cours des maladies infectieuses chez les nourrissons. Sur une trentaine de cas qu'il a observés à la clinique de Heubner, il en rapporte avec détail huit.

Dans tous ces cas il s'agit de nourrissons au-dessous d'un an, presque toujours des fillettes, atteintes d'une maladie infectieuse grave (broncho-pneumonie, gastro-entérite aiguë, méningite), presque toujours mortelle. D'après l'auteur, la maladie infectieuse primitive a pour résultat d'éteindre à un moment donné la plupart des mouvements réflexes, entre autres ceux de l'évacuation régulière de la vessie. Il y a alors rétention relative d'urine, et les bactéries, en pénétrant dans la vessie, trouvent un terrain tout préparé à la cystite.

A l'état de somnolence ou de coma dans lequel se trouvent les enfants à ce moment, l'expression clinique de la cystite fait défaut. Mais si l'on examine l'urine, on trouve, au commencement, un peu d'albumine, quelques cellules épithéliales venant de la vessie, des leucocites et des bactéries. Les jours suivants, la richesse de l'urine en éléments morphologiques augmente si bien que dans quelques cas l'urine prend rapidement un aspect lactescent ou franchement purulent. Si l'on fait l'autopsie, on trouve comme substratum anatomique de cette cystite une tuméfaction de la muqueuse vésicale avec des ecchymoses punctiformes. Dans deux cas que l'auteur rapporte, la cystite purulente était remplacée par une véritable cystite ulcéro-membraneuse.

Dans tous les cas l'examen bactériologique de l'urine montra la présence d'une culture pure de coli-bacille. Dans un cas seulement on trouve avec du coli-bacille un bacille analogue au b. subtilis.

Quant à l'étiologie de ces cystites, l'auteur incrimine en premier lieu l'état général de ces malades qui crée un ensemble de conditions permettant à l'infection accidentelle de la vessie d'aboutir à la cystite.

Il y a tout d'abord la rétention qui, d'après l'urologie moderne, est le facteur étiologique esssentiel de la cystite. En second lieu la vitalité de la muqueuse vésicale et de son épithélium se trouve amoindrie par le fait de l'affaiblissement général de l'organisme et de mauvaises conditions de circulation et de la présence dans l'urine de toxines éliminées par les reins. Quand, dans ces conditions, les bactéries pénètrent dans la vessie, elles trouvent un terrain tout préparé pour l'éclosion de la cystite.

La pénétration des bactéries dans la vessie peut se faire par voie hematogène, par la voie rectale et par la voie uréthrale. Dans les cas observés, l'auteur incrimine la voie uréthrale. Il fait, en effet, observer que dans ces cas il s'agissait presque toujours de petites filles dont l'urèthre était presque constamment souillé par des matières fécales, le plus souvent diarrhéiques. L'absence du coli-bacille dans le sang et dans les autres organes, constatée pendant la vie et après autopsie, montre également qu'il ne s'agissait pas dans ces cas d'une infection hématogène. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, 10 mai 1837).

---

PYOSALPINX BLENNORRAGIQUE ET MÉTRITE — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE AVEC HERNIE VAGINALE CONSÉCUTIVE. — PRÉSENTATION DE PIÈCES.

MM. Boursier et Lafite-Dupont. — Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans atteinte de blennorragie remontant à deux ans. Syphilis douteuse remontant à un an. A l'examen, utérus gros, de huit centimètres et demi. Annexes tuméfiés et prolabés dans le Douglas. Incision du cul-de-sac postérieur, puis hystérectomie vaginale totale sans accidents opératoires.

Vingt jours après, on trouve une hernie de la cicatrice vaginale contenant de l'épiploon probablement ou de l'intestin.

Elle était irréductible, fut traitée par un tamponnement vaginal et améliorée. La malade sortit de l'hôpital très améliorée et a été perdue de vue.

On trouve un double pyosalpinx très dilaté ; on remarque que la muqueuse fait des plis qui ne sont pas accompagnés par la séreuse qui la recouvre. Il y a donc eu augmentation de la muqueuse sans que la séreuse accompagnât cette élongation. L'ensemencement du pus a cultivé du gonocoque presque pur.

L'examen direct du pus a également permis de le découvrir.

Sa recherche dans les coupes a été faite par la thionine et le procédé de Nicolle au bleu de méthylène et au tannin. Malgré la perfection du procédé, nous n'avons pu trouver le gonocoque que dans la partie superficielle des coupes et non à l'intérieur même de la muqueuse, ainsi que Wertheim l'avait affirmé en Allemagne, modifiant ainsi la pathogénie des péritonites à gonocoques par voie vasculaire et lymphatique, nous rangeant avec Bumm, Morax et Reymond à la théorie française de l'infection directe.

L'obturation de la trompe s'est opérée par un double mécanisme, en conformité avec les découvertes de Reymond dans sa thèse de Paris.

1° Modification des parois et diminution du calibre par les franges du tissu de néoformation.

2° Modification dans le trajet de la lumière par coudure successive vers l'ostium abdominal et par torsion vers l'ostium utérin.

(*Société de gynécologie de Bordeaux.*)

---

ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DU VAGIN.

M. Fraikin. — Il s'agit d'une malade opérée au mois de janvier 1897 par M. le professeur Boursier dans son service. L'observation complète sera publiée.

Malade âgée de trente-huit ans, jouissant d'un assez bon état général. Symptômes fonctionnels peu accusés. Depuis plus d'un an, la malade était constipée et avait de la leucorrhée. Il y a un mois et demi, elle commença à perdre par le vagin des glaires sanguinolentes, sans odeur. Elle accusait un peu de pollakiurie et une légère diminution des forces. Presque pas de douleurs. Au toucher vaginal, on sentait sur la paroi postérieure du vagin, entre la vulve et l'insertion utérine, une tumeur surélevée, formée par des champignons en chou-fleur, saignant au moindre contact, séparée du col utérin qui était normal par une bande de muqueuse saine, large d'un centimètre.

Cette tumeur, du diamètre approximatif d'une pièce de cinq francs, était mobile sur la cloison recto-vaginale et peu douloureuse. Un examen attentif n'a pas décelé d'envahissement ganglionnaire.

L'extirpation a été faite par le vagin. La tumeur a été enlevée largement en empiétant sur les parties saines ; suture de la plaie par dix

points de catgut. La réunion s'est faite rapidement. Il y a quelque temps. M. Boursier eut l'occasion de revoir la malade et n'observa rien au point de vue de la récidive.

L'examen histologique a démontré que la tumeur était un épithélioma type.

(*Soc. d'Anat. de Bordeaux.*)

---

OPÉRATION CÉSARIENNE CONSÉCUTIVE A UNE ERREUR DE DIAGNOSTIC

M. Djémil bey a rapporté à la *Société impériale de médecine de Constantinople* une observation d'opération césarienne faite à la suite d'une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-sept ans qui avait été adressée à notre confrère comme étant atteinte d'un fibro-myome pédiculé de l'utérus. Le toucher a été pratiqué avant l'opération ; le col de la matrice a été trouvé normal. La tumeur présentait à la palpation des parties dures ; à l'auscultation, les battements du cœur fœtal n'étaient pas perceptibles et l'on n'a pas pu constater les mouvements du fœtus. En pratiquant la laparotomie, Djémil bey tombe sur un utérus gravide ; il veut refermer le ventre, mais les battements du fœtus paraissant cesser, il se décide à ouvrir l'utérus et à enlever le fœtus, âgé de huit mois et demi. L'opération a été suivie d'un plein succès ; la mère et l'enfant sont en parfaite santé. Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est l'absence complète du liquide amniotique, cause de l'absence des mouvements de l'enfant. Des erreurs pareilles ne sont pas rares ; et Djémil bey se demande, devant l'immunité des opérations d'aujourd'hui, si l'on ne s'habituera pas à cette intervention dans un avenir prochain pour épargner à la femme les souffrances de l'enfantement !

M. Avlonltis rappelle quelques opérations de ce genre faites par certains auteurs sur des femmes qu'on croyait atteintes de tumeurs et qui n'étaient qu'enceintes. Toutefois, dans une pareille éventualité, il préfère refermer le ventre et attendre que l'accouchement se fasse spontanément, car quoi qu'il en soit, l'opération césarienne est une opération grave et dangereuse. (*Gaz. des hôp. civils et milit. de l'empire ottoman*, 1/13 mai-juin 1896).

G.

---

DOSAGE DE LA CASÉINE DANS LE LAIT DE LA FEMME.

Étant donné que les diverses substances employées pour la séparation de la caséine du lait de femme ne donnent pas de résultats satisfaisants, M. Baudran, d'après le Répertoire de pharmacie, propose de se servir, pour cette séparation, d'une solution d'acide trichloracétique au tiers, et il recommande de s'assurer préalablement que cet acide est bien de l'acide trichloracétique. Cette vérification se fait en pesant très exactement un poids donné d'acide trichloracétique, qu'on dissout dans une certaine quantité d'eau ; on titre ensuite la solution à l'aide d'une solution de soude décinormale, en présence de la phénolphtaléine ; un simple calcul permet de trouver le poids moléculaire de l'acide examiné.

Le procédé opératoire de M. Baudran est le suivant : on prend 10 cc. de lait ; après avoir séparé le beurre par le procédé Adam, on a unesolution aqueuse contenant la caséine, la lactose et les sels. Cette solution est traitée par 50 cc. de solution trichloracétique ; on fait bouillir ; on filtre sur un double filtre taré ; il est à remarquer que la liqueur et la caséine présentent une teinte violet rougeâtre ; il n'y a pas lieu de s'en préoccuper. On lave la caséine avec 50 cc. d'eau distillée acidulée avec 2 cc. de solution d'acide trichloracétique ; on sépare les deux filtres, qu'on sèche en les pressant entre des feuilles de papier à filtrer, et on les porte à l'étuve à 110°, jusqu'à poids constant.

M. Baudran s'est assuré que la solution de laquelle il avait précipité la caséine par ce procédé ne donnait plus aucun précipité ni avec l'alcool, ni avec les réactifs de Méhu, de Tanret et d'Esbach ; donc, elle ne contenait plus de matières albuminoïdes.

Pour le dosage de la lactose l'acide trichloracétique empêche de le faire au moyen de la liqueur Fehling ; on est donc obligé de décomposer l'acide trichloracétique ; M. Baudran opère cette décomposition en le transformant en acide acétique et chloroforme sous l'influence de l'hydrogène naissant, qu'il produit en faisant bouillir le liquide privé de caséine avec quelques lames d'aluminium. La transformation de l'acide trichloracétique est achevée au bout de 2 heures ; on chauffe alors de nouveau, après avoir filtré, afin de chasser le chloroforme, et la liqueur refroidie est prête pour le dosage au moyen de la liqueur de Fehling. (*La Médecine Moderne.*)

# VARIÉTÉS

Une envie de femme enceinte. — Une cérémonie touchante a marqué cette dernière quinzaine : On a transporté les cendres de Junot, duc d'Abrantès, sous le monument qui doit définitivement les recouvrir, à Montbard, patrie du grand Buffon.

Nous saisissons cette occasion d'exhumer des volumineux *Mémoires de la duchesse d'Abrantès* ces quelques pages où se retrouve toute la bonne humeur et l'esprit de nos aïeules.

J'étais alors enceinte de mon premier enfant, et fort souffrante de ma grossesse. Entourée de soins, gâtée, pour ainsi dire, par ma famille et celle de mon mari, portant dans mon sein l'enfant qui devait un jour me rendre glorieuse d'être sa mère (1), il me semble que je n'aurais pas dû souffrir ; mais le genre des douleurs qu'éprouvent les jeunes mères dans leur première maternité ne peut être soulagé, ni par les soins, ni par les prévenances. Je dirai même, sans avoir le caractère mal fait, que ces soins et ces prévenances augmentent le malaise, le mal de cœur, les maux de nerfs, et les mille et une souffrances qui sont presque toujours les compagnes des premières grossesses. Je l'ai éprouvé, et c'est ma mère, ainsi que ma belle-mère, qui me firent connaître, par excès de zèle et d'attachement, un supplice, je puis dire, que je n'avais pas éprouvé, bien que je fusse grosse de plusieurs mois. Ce fut ma mère qui commença un jour où je dînais chez elle.

» Ah ! mon Dieu, me dit-elle tout à coup en posant sa fourchette et me regardant d'un air consterné, ah ! mon Dieu ! je n'ai pas songé à te demander qu'elle était *ton envie*.

» — Mais je n'en ai pas, lui répondis-je tout naturellement. Et cela était vrai ; je n'avais pas le temps de songer à un *autojo*, je passais ma journée à souffrir, et mes nuits elles-mêmes n'étaient pas exemptes de ces crises douloureuses qui me forçaient à avoir le nez sur une cuvette du matin au soir.

» — Tu n'a pas d'envie ! me dit ma mère aussi surprise que si je lui eusse annoncé que je portais mon enfant d'une autre manière que les femmes ne les portent ordinairement ! Tu n'as pas d'envie ! mais cela ne s'est jamais vu ! Tu te trompes. C'est que tu n'y fais pas attention. J'en parlerai à ta belle-mère. »

(1) Ma fille aînée Joséphine.

Et voilà mes deux mères se consultant entre elles pour deviner ce qui pourrait me plaire.

« Ensuite, disait ma mère, c'est que Laurette, ne faisant pas attention dans son ignorance à l'inconvénient de ne pas satisfaire *une envie*, cette petite femme-là est capable de nous faire un enfant à face de chouette. Madame de La Reynière en a bien fait un à pattes d'écrevisse. »

Et voilà Junot de son côté qui, dans la terreur que je n'aille lui faire quelque enfant à hure de sanglier, ou bien avec une orange au bout du nez, comme un faiseur de tours, me demandait tous les matins : Laure, de quoi as-tu donc envie ?

Ma belle-sœur qui revint de Versailles où elle habitait habituellement le château, ajouta au chœur de questions ; mais ce fut d'une manière plus effrayante. Ce qu'elle avait vu de personnes défigurées par des envies non satisfaites, ne se pouvait nombrer. Il y en avait assez pour former une galerie aussi extraordinaire que celle de ce monsieur qui effrayait, et qui effraie, je crois bien, encore les passants, dans la rue du Coq-Saint-Honoré. C'étaient des rats sur le front, des couennes de lard sur la poitrine, une laitue sur le dos, un litron de pois sur le côté (je n'ai pas oublié celui-là, comme le plus extraordinaire de tous) ; et puis les choses étonnantes dans ce qui ne se voyait pas !.... et les histoires de toutes ces malheureuses envies !

Il aurait fallu avoir une tête plus forte que celle d'une femme chrétienne, portant son enfant selon la volonté de Dieu, pour ne pas succomber sous cette ligue formée par le plus vrai et le plus tendre intérêt. Je finis par m'effrayer moi-même de tout ce qui se disait autour de moi, et tout en me retournant la nuit sur mon oreiller, je cherchais dans ma tête ce qui me plaisait le mieux, et je ne trouvais rien. Enfin, un jour, il m'arriva de réfléchir, en mangeant une pastille d'ananas, qu'un ananas devait être une bien excellente chose. J'avais bien mangé des glaces à l'ananas ; mais le fruit, jamais je ne l'avais vu, même je crois sur une table. A cette époque la culture de ce fruit était bien plus difficile à soigner que maintenant. C'était une rareté qu'un ananas ; et les bâches où il vient chez nous, étaient comptées dans les environs de Paris. J'en avais donc peut ou point d'idées. Mais une fois que je me persuadai que j'avais *envie* d'un ananas, j'éprouvai d'abord un désir très vif ; puis il augmenta lorsque Corcelet déclara que, bien que les ananas vinssent dans une serre chaude, ils avaient, cependant, une époque pour reproduire leur couronne, et que ce n'était pas dans le

moment où l'on était. Oh ! alors j'éprouvai cette souffrance qui tient de la rage, et qui vous met sous la condition de mourir ou de la satisfaire. Junot, affairé pour cette malheureuse envie, comme un homme qui est père pour la première fois par une femme qu'il aime, courait avec une bonté parfaite, offrant vingt louis d'un ananas, sans pouvoir le trouver. Il n'osait pas rentrer, et c'était presque en tremblant, qu'il me voyait toucher la figure ; car ma belle-mère et ma mère, depuis que j'avais les horreurs et les ennuis de l'envie, étaient toutes deux après moi pour surveiller le moindre de mes mouvements. Quant à moi, je souffrais toujours de mes maux de cœur, et je me persuadais, depuis que la folie m'en avait gagné, que je ne pourrais manger que lorsque j'aurais d'abord mangé un ananas.

Junot était un jour sans moi à la Malmaison. La serre n'était pas encore construite, mais il y avait une orangerie serre-chaude, dans laquelle madame Bonaparte avait fait construire et bâtir des bâches pour trois cents ananas, ce qui lui en donnait cent par an (1). Junot, dans son affliction de me voir refuser tout ce qu'il m'offrait, dit que je n'avais d'autre refrain que : Je voudrais un ananas !... Madame Bonaparte envoya sur le champ pour s'informer si quelque ananas n'étais pas bon à lever dans sa bâche : « S'il y en a un, dit-elle à Junot, vous le porterez à madame Junot. » Il y en avait un !

Junot, en le recevant des mains de madame Bonaparte, crut un moment que ce présent le concernait, lui, directement, et qu'il avait envie de l'ananas. Il la remercia avec effusion, et revint à Paris en recommandant à son cocher de crever les chevaux, mais d'arriver.

Je venais de me mettre au lit, triste, *geignante* et toute prête à pleurer de n'avoir pas d'ananas, car cette idée était devenue dominante à un tel point que j'en parlais toujours.

« — Pauvre Loulou, me disait ma mère, *je te l'avais bien dit que tu aurais une envie* ; on ne fait pas un enfant sans cela. Vois ce qui était arrivé à ta sœur, parce que j'avais eu envie de manger des cerises au mois de janvier ! » C'était vrai ; ma sœur avait une cerise parfaitement coupée par la moitié, et placée dans un endroit dont, par exemple, la physionomie ne fut pas dérangée par l'absence du petit fruit ; et quand une soie en fit l'affaire, on aurait bien pu l'y laisser.

Lorsque Junot, triomphant, heureux comme s'il m'offrait une couronne véritable, déposa sur mon lit celle de l'ananas à laquelle tenait

(1) On sait que l'ananas ne porte que trois ans plus tard, en replantant sa couronne.

encore son fruit, j'avoue que j'éprouvai un vrai bonheur. J'embrassai mon mari avec reconnaissance, avec joie ; je dévorais des yeux ce fruit tant souhaité, et je remerciai mille fois dans le cœur madame Bonaparte de son cadeau, que j'estimais plus en ce moment qu'un beau collier de perles ; je sonnai pour demander du sucre. Junot m'arrêta et me dit que Corvisart était présent au moment où madame Bonaparte m'avait donné l'ananas ; et qu'ayant appris que j'étais grosse, fort souffrante, il me faisait défendre de manger une seule tranche de cet ananas le soir.

« — C'est extrêmement froid et lourd, dit-il à Junot. Si madame Junot est dans l'état *d'envie*, il ne faut pas qu'elle y touche ce soir, parce qu'une bouchée fera passer tout le fruit. Et il ajouta ce peu de mots en disant à Junot : J'ai vu des effets affreux d'indigestion dans une grossesse ; *la mort* s'ensuivre aussitôt. Mon cher général, ne montrez votre beau fruit que demain. »

Junot en avait la volonté ; mais, en songeant à mon bonheur, il n'eut pas la force de me le refuser, y mettant seulement pour condition que je ne toucherais à l'ananas que le lendemain matin.

Je le promis : et, mettant le beau fruit sur ma table de nuit, je passai la nuit à le prendre, le sentir, le toucher et me faire une double jouissance en anticipant le moment où je pourrais enfin manger le bienheureux ananas.

Le lendemain matin, à peine était-il jour que je fis lever Junot pour que l'on pût entrer dans ma chambre et arranger mon *envie*. Lui-même s'en chargea, coupa le fruit par tranches fines, le mit dans une jatte de belle porcelaine, le saupoudra de sucre bien blanc et bien fin, et vint lui-même le placer devant moi ; puis il s'assit sur le pied de mon lit pour juger de toute ma joie, car ce n'était pas moins que de *la joie*.

« — Eh bien, me dit-il enfin, pourquoi donc ne manges-tu pas ? »

Je le regardai avec une expression qui devait être burlesque, car j'avais en même temps envie de rire et de pleurer. Mais Junot était vif ; reprenant l'assiette, il me dit :

« — Je l'ai peut-être mal arrangé : pourquoi ne le dis-tu pas ?

« — Mon Dieu, il est bien, lui répondis-je ; mais... Et en même temps je repoussais l'assiette loin de moi. Mais... je ne sais ce que j'ai, je ne puis manger de l'ananas. »

Junot ouvrit de grands yeux ; et avec bien plus d'étonnement que ma mère, lorsque je lui avais dit que je n'avais pas d'envie, il répéta, en y mêlant toutefois un ornement oratoire que j'avais omis :

« — Comment ! tu ne peux pas manger ton ananas ! Mais, Laure, regarde-le donc ! C'est par contradiction. »

Et il me ramenait le nez sur la maudite assiette, ce qui provoqua une assertion positive que je ne pouvais pas manger de l'ananas. Il fallut non seulement l'emporter, mais ouvrir les fenêtres, parfumer ma chambre, pour enlever jusqu'au moindre vestige d'une odeur qu'une seconde avait suffi pour me rendre odieuse. Ce qu'il y a de plus singulier dans ce fait, c'est que depuis, je n'ai jamais pu manger de l'ananas sans me faire une sorte de violence. Je mange avec plaisir des glaces ou des pastilles d'ananas ; mais le fruit me déplaît... Dans les mille aventures de ce genre que l'on peut raconter, celle-ci me paraît une des plus étranges. Je la soumis à Marchais et à Baudelocque ; ils la trouvèrent, eux, toute naturelle, parce que chaque jour leur en présentait de plus étonnantes. Néanmoins, il est inexplicable qu'en une minute, une seconde de temps, un objet que vous convoitez, que vous désirez avec passion, cesse non seulement de vous plaire et d'exciter un désir, mais vous devienne antipathique, et soit presque repoussant. Il y aurait là-dessus un bel ouvrage à faire, un texte à commenter pendant au moins quatre cents pages. Hélas ! c'est l'histoire de bien des choses en notre vie ; mais la morale, comme tout en ce monde, se décolore par l'usage qu'on en fait. On a mille fois dit, à la vérité, que la satiété produisait le dégoût ; mais on ne voit pas souvent ce dégoût précéder la possession.

(*La Chronique médicale.*) . DUCHESSE D'ABRANTÈS.

---

# BIBLIOGRAPHIE

I. **Des contre-indications du climat méditerranéen dans la phtisie**, par les Docteurs A. MOREL-LAVALLÉE, médecin des hôpitaux de Paris, et GANDIL (de Nice).

II. **Etude sur les gommes syphilitiques précoces**, par le Dr A. LE TELLIER, Paris, 1897.

III. Dr Richard d'AULNAY. **Des caractères et du processus du syphi-virus et de l'exérèse du syphilome**, Paris, 1897.

IV. **Deux ans de fonctionnement d'une crèche. Etude d'hygiène infantile**, par le Dr GAUCHAS. (Ext. de la *Revue d'hyg.*) Paris, 1897. Masson, édit.

V. **Introduction à l'étude des tumeurs**, par C. HILLEMAND, et PETRUCCI, Paris, Steinheil, 1898.

VI. **Théorie de l'hérédité, théorie de l'immunité. (Pathogénie et physiologie pathologique générales)**, par le Dr C. HILLEMAND et Raphaël PETRUCCI, Paris, Steinheil, 1897.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**138. — La columnisation du vagin,** par le Dr Delassus. — Grâce à ce néologisme, on a réussi à attirer l'attention des praticiens sur un mode de traitement des affections gynécologiques déjà connu.

Taliaferro a cependant le mérite de l'avoir employé systématiquement et d'en avoir largement étendu les indications.

La columnisation du vagin n'est, disons-le tout de suite, qu'une tamponnade du vagin, mais faite avec de certaines précautions et dans de certaines conditions.

Ce n'est pas une nouveauté, puisque Taliaferro la décrivait en 1878 et que les auteurs classiques Pozzi, Bonnet..., en disent quelques mots dans leurs Traités.

Une communication du Dr Condamin, de Lyon, signale, dans le *Mercredi Médical* du 6 juin dernier, les bons résultats obtenus dans toute une série d'affections génitales par ce procédé, dans le service du Prof. Laroyenne.

Je l'ai essayé avec succès chez plusieurs malades de la consultation gynécologique, à la Maternité St-Anne, et j'y ai trouvé un agent thérapeutique sérieux et un élément précieux du traitement conservateur des affections des annexes, dont chacun s'occupe en ce moment.

Ces diverses raisons m'ont engagé à signaler à nos lecteurs la méthode de tamponnement vaginal, dite columnisation du vagin et à la décrire en détail.

*Instruments et objets de pansement.* — Il faut se munir des instruments ordinaires de la pratique gynécologique : spéculum de Cusco, valves, pince à pansement utérin ; de la glycérine d'iodoforme, de la ouate hydrophile aseptique, de la poudre.

Faites des tamponnets de ouate du volume d'un marron, imprégnez-les de glycérine pure et exprimez-les après imbibition. Quelques tampons, les premiers à placer, sont saupoudrés d'iodoforme.

*Position de la femme.* — On peut la tamponner dans toutes les positions gynécologiques. Des auteurs, les uns choisissent le décubitus dorsal ou dorso-sacré, avec un spéculum de Cusco ; les autres le décubitus latéral avec les valves de Sims.

Avec Pozzi, je recommande, quand l'état de la femme le permet, la position genu-pectorale. Ses avantages sont évidents : elle éloigne les organes du petit bassin et corrige par elle-même le prolapsus contre lequel est souvent dirigé le tamponnement, elle dilate le vagin que l'on emplit ainsi, plus facilement et sans effort, de tampons ; elle met bien en vue le col et les culs-de-sac qu'il faut combler ; elle ne nécessite qu'une seule valve que, chez certaines femmes aux tissus souples, on peut remplacer par le doigt.

*Précautions antiseptiques.* — Il va sans dire que des injections auront aseptisé le vagin et le col utérin.

*Technique.* — Le col étant bien en vue, avec la pince utérine, on place dans les culs-de-sac, en couronne autour du col, trois ou quatre tampons à la glycérine iodoformée, puis quelques-uns pour cacher le col.

Par dessus ceux-là, on applique successivement ceux à la glycérine simple, bourrant sans effort toute la cavité vaginale, retirant au fur et à mesure l'instrument, jusqu'à ce que les tampons affleurent le plan de la symphise du pubis.

L'opération est terminée.

*Suites.* — La femme peut marcher, rentrer chez elle s'il y a lieu.

Les unes sont soulagées immédiatement comme celle dont je parle plus loin, les autres éprouvent les jours suivants des douleurs dont nous verrons la signification plus loin.

La glycérine provoque l'écoulement séroux habituel, il faut en prévenir la malade.

*Combien de temps faut-il laisser le tampon en place ?*

Les auteurs classiques parlent de 4 à 5 jours. Sauf incident ce n'est pas assez. Après 7, 8 et 12 jours je n'ai souvent constaté qu'une légère odeur sûre et quelquefois absolument aucune odeur.

Laroyenne, de Lyon, a parfois renouvelé le pansement qu'après quinze jours.

Donc, pour éviter des manipulations inutiles, on laissera le tampon en place une huitaine et on ne l'enlèvera plus tôt que s'il survient de la fièvre, de la douleur, de l'odeur fétide ou de l'intolérance iodoformique.

*Signification des douleurs.* — Elles peuvent indiquer un pansement trop tassé, ce qu'il est facile de corriger.

D'autres fois les douleurs s'accompagnent de fièvre.

Dans ces cas, Condamin estime qu'elles sont dues à la maturation de petits abcès dont les foyers éteints ont été rallumés par le tamponnement. De plus le ramollissement que provoque la columnisation dans les tissus pelviens, permet au doigt une exploration beaucoup plus facile, plus minutieuse et partant plus fructueuse des régions malades : autant de services que rend le procédé qui sert ainsi de pierre de touche pour le diagnostic.

*Action de la columnisation.* — Elle est multiple. C'est d'abord une action de *soutien* : la colonne vaginale ouatée soutient doucement l'utérus, les annexes et l'on sait quelle faible descente de ces organes suffit à provoquer de vives douleurs et des troubles réflexes graves dans la marche, le système nerveux....

C'est une action de *correction* comme celle du pessaire ; de *compression* , sorte de massage doux, continu, et c'est sous le titre de tamponnement compressif que ce procédé a été parfois décrit.

C'est encore une action *décongestive* par la glycérine dont les tampons sont imbibés.

C'est enfin une action *sédative* par le repos sexuel qu'il impose.

*Indications.* — Il est dès lors facile de préciser les cas où la columnisation pourra être employée avec fruit.

C'est d'abord dans les cas de prolapsus de l'ovaire et de déviations utérines quand un pessaire n'est pas supporté par la malade, fait trop commun.

La reposition de ces organes calmera l'inflammation, supprimera les douleurs et permettra peut-être l'usage des pessaires primitivement impossibles.

Les ovaires prolabés sont fréquemment enflammés et malades, il en est de même des trompes. On sait les difficultés du traitement de ces annexites, périmétro-salpingites, salpingo-ovarites....

La columnisation est un des meilleurs moyens à leur opposer.

Auvard (1) vient de publier un cas où cette méthode lui a donné une guérison chez une malade de ce genre à laquelle il allait faire une opération radicale.

J'ai moi-même en observation une jeune femme atteinte de salpingite kystique droite prolabée. Les pessaires n'étaient guère sup-

(1) Archives de Tocologie, juin 1894.

portés que quelques jours. Aussi les douleurs étaient-elles continues, la marche difficile.

Dès l'instant où elle a été tamponnée, elle s'est sentie soulagée et elle marche avec une facilité qu'elle ne connaissait plus depuis longtemps.

Cette amélioration dans la marche a été signalée par tous les auteurs et est considérée comme l'un des résultats les plus précieux de la méthode.

L'action décongestive du tamponnement glycériné l'indique dans toutes ces inflammations péri-utérines : périmétrite, paramétrite provoquant ou ayant provoqué des adhérences dont les tiraillements sont si pénibles pour les malades.

Condamin insiste particulièrement sur les paramétrites postérieures que le professeur Laroyenne appelle *Douglassite* parce que la cavité de Douglas en est le principal siège, parce que c'est là que se forment des exsudats, origines de brides rétractiles, déplaçant l'utérus.

Le tamponnement amènera l'assouplissement de ces régions indurées, action que pourra compléter un massage méthodique et plus énergique.

Pour si larges que soient les indications de la columnisation, il n'en faudrait pas faire cependant une panacée.

Elle est à employer dans tous les cas dont je viens de parler, mais elle doit être associée aux autres moyens classiques ; repos, bains, révulsifs, lavements chauds et froids, pansements intra-utérins...

Et alors, après un temps judicieux d'essais restés infructueux, le médecin, abandonnant ces moyens insuffisants, pourra en conscience proposer à sa malade les procédés d'une chirurgie plus radicale.

La columnisation pourra rendre ces interventions moins fréquentes ; c'est un grand titre à l'attention des praticiens.

(*Journal des sciences méd. de Lille.*)

***

**139.—Une complication rare de la rétroflexion de l'utérus gravide : Sialorrhée guérie par la réduction.** —(Audebert. *Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, n° 36, 5 sept. 1897.) L'A. relate l'observation d'une femme âgée de 38 ans, qui, à la suite d'une première grossesse, eut une endométrite infectieuse avec rétroflexion consécutive. Douze ans plus tard, survint une deuxième grossesse, et

il se produisit dès le début, des accidents d'hypersalivation, qui cèdèrent à la réduction de l'organe rétrofléchi, réduction qui s'effectua avec une facilité relative.

M. Audebert insiste, à l'occasion de ce cas, sur diverses particularités importantes :

Tout d'abord, au point de vue de l'évolution de la maladie, le pronostic, dans les cas de ce genre, n'est pas toujours aussi favorable que l'a dit Cazeaux ; cette observation montre que quelquefois une altération profonde de la santé générale peut-être la conséquence du ptyalisme. On a cité d'ailleurs d'autres faits aussi concluants : Lvoff, en particulier, vient de signaler (*Presse médicale*, 1896) deux obs. de femmes enceintes chez lesquelles la sialorrhée avait amené, dès le troisième mois, un épuisement extrême, de l'amaigrissement et de l'irritation nerveuse. Mais, en outre du retentissement de l'état général, l'avenir de la grossesse se trouve fort compromis, puisque dans l'un des deux cas rapportés par Lvoff, l'avortement se produisit spontanément au moment où on allait le provoquer tant la santé de la malade était gravement atteinte.

En second lieu, le traitement auquel l'A... a eu recours et qui a mis fin immédiatement à la salivation, lui a été suggéré par la grande analogie qui existe entre les vomissements de la grossesse et le ptyalisme. Les faits de Brian, de Grailly-Hewitt ont appris que dans les cas de rétroflexion, les vomissements cessaient aussitôt que l'utérus, était redressé. M. Audebert a eu l'occassion d'observer à la clinique obstétricale de l'hôpital Saint-André une femme enceinte de trois mois et qui vomissait sans cesse : l'utérus était rétrofléchi. La réduction de la déviation et le maintien en place de l'organe par un gros tampon, firent cesser définitivement les vomissements.

De toute façon, d'ailleurs, le redressement s'imposait dans ce cas, car la grossesse était déjà de deux mois et demi, et le moment approchait ou allaient éclater les phénomènes d'incarcération avec toutes leurs conséquences.

Enfin, cette action immédiate et durable de la réduction de l'utérus montre bien l'importance pathogénique de la déviation utérine dans les vomissements incoercibles et dans le ptyalisme, que l'on range généralement dans la catégorie des troubles dus à l'auto-intoxication gravidique.

Donc, en présence d'une femme enceinte présentant de la sialorrhée, il est bon de se préoccuper de la situation et de l'état de l'uté-

rus : la guérison d'une lésion utérine — obs. de Lvoff —, la réduction d'une rétroflexion suffiront dans quelques cas à mettre fin à l'hypersécrétion salivaire.

(*Rev. int. de méd. et de chi.*)

CH. FAGUET.

***

**140. — Anesthésie par le protoxyde d'azote pendant l'accouchement.** — M. A. Rakhmanoff rapporte, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Moscou, 13 observations d'anesthésie au gaz hilarant, d'après le procédé de Klikowitch. Le protoxyde d'azote présente sur les autres anesthésiques cet avantage que le malade reprend connaissance dès qu'il cesse de l'aspirer. Cependant, à l'état pur, ce gaz est dangereux ; d'autre part, inhalé avec de l'air, il ne provoque pas l'anesthésie ; mais si on fait respirer ce mélange sous une pression telle que la quantité de protoxyde pur qui arrive dans le poumon soit la même qu'avec l'aspiration de ce gaz seul sous pression normale, on obtient une anesthésie complète sans que pour cela la parturiente coure le moindre danger. On peut également employer le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène.

L'auteur a recouru avec succès à cette anesthésie, proposée en obstétrique pour la première fois par Klikowitch, dans 13 cas ; la durée de l'anesthésie était de deux à sept heures ; la quantité de gaz absorbé était de 180 à 700 litres, suivant les cas ; jamais il n'a eu le moindre accident à déplorer. D'après Klikowitch, non seulement ce gaz n'entrave pas les contractions utérines, mais il les rend encore plus régulières.

***

**141. — Rétention du placenta. — Expectation et curetage**, par M. TARNIER. — L'avortement, Messieurs, est l'expulsion de l'œuf avant le 180e jour de la gestation. Si cette expulsion a lieu, d'une manière quelconque, avant cette époque, vous assistez à des phénomènes différents suivant qu'elle se produit à telle ou telle période de la grossesse, qu'elle a lieu au commencement, au milieu ou vers la fin des six premiers mois. Je me conforme, la trouvant bonne, à la division classique et je distingue, au point de vue de l'expulsion prématurée de l'œuf, trois variétés d'avortements. Dans la première catégorie, je range les avortements se produisant dans les deux pre-

miers mois; à la seconde appartiennent ceux survenus pendant le troisième et le quatrième et à la troisième ceux des 5 et 6 premiers mois.

Les avortements de la première catégorie ont lieu, le plus souvent, en bloc, c'est-à-dire que le fœtus et le placenta sont expulsés ensemble, ordinairement sans qu'il y ait rupture de l'œuf. Aux troisième et quatrième mois, le fœtus est petit, semblable à un rat, suivant l'image consacrée ; le placenta est au contraire développé, volumineux. Aussi, quand l'avortement se produit, l'utérus incomplètement dilaté laisse passer le fœtus, s'oppose à la sortie du placenta qui dans la plupart des cas reste longtemps emprisonné. Alors se produit le phénomène dont je veux vous entretenir plus particulièrement aujourd'hui : la rétention du placenta. Dans les avortements constituant la troisième catégorie, le fœtus est déjà gros, le placenta est encore volumineux, la différence entre eux s'est considérablement amoindrie et quand l'avortement se produit, l'utérus se contracte pour se dilater ensuite, la poche de eaux se rompt et fœtus et placenta sont expulsés à leur tour. Vous verrez cependant quelquefois des avortements de cette catégorie avoir lieu en bloc, mais ce sont là des faits plutôt exceptionnels qui n'ôtent rien à la généralité des règles que je viens de poser.

J'ai dit, Messieurs, qu'aux troisième et quatrième mois l'expulsion du fœtus était ordinairement suivie de la rétention du placenta. Une femme accouche ou avorte, le placenta n'est pas immédiatement expulsé, êtes-vous en présence d'un cas de rétention placentaire ? ou, pour être plus clair, combien de temps faut-il entre l'expulsion du fœtus et celui du placenta pour qu'il y ait rétention ? Les avis sont partagés : 2 heures disent les uns ; 4, 8, 12 heures, un jour, une semaine même, disent les autres. J'ai voulu avoir sur ces faits des idées précises et quand j'étais à la Maternité j'ai fait relever tous les cas d'avortements. J'en ai obtenu 153 dont j'ai dressé un tableau mentionnant l'heure d'expulsion du fœtus et celle du placenta. Une simple lecture me permet de dire : le placenta est ordinairement expulsé dans les *six* premières heures ; ce temps passé, vous ne pouvez plus dire quand l'expulsion aura lieu ; elle se fera au bout de 10 heures, de 24 heures, de trois semaines, d'un mois peut-être.

Mon relevé de la Maternité m'a donné 129 cas d'expulsion dans les six premières heures, 24 cas de rétention et, établissant mon pour cent, je suis en droit de dire : « Sur cent avortements l'expulsion normale a lieu 85 fois, la rétention 15. »

Ordinairement, si la délivrance, dans les cas de rétention se fait tardivement, elle a lieu sans accidents. Il en peut survenir cependant et en tête j'en mets deux principalement intéressants ; l'hémorrhagie, puis, quand les urines deviennent fétides, que la température s'élève, la septicémie. Quelquefois, et on s'en est servi pour critiquer l'expectation, il se forme dans la cavité utérine de vrais polypes mesurant 2, 3 centimètres, constitués par des villosités placentaires. Enfin, certains gynécologues et accoucheurs ont attiré l'attention sur des faits, de nature un peu différente. Les malades éprouvent des douleurs hypogastriques, leur utérus est volumineux, des pertes de sang se produisent. Opérées, on se trouve en présence d'un déciduome malin ; des cellules restées dans la cavité utérine prolifèrent et l'envahissent en grande partie.

Le pronostic de la rétention du placenta est bien différent, suivant qu'elle a lieu après un avortement ou après un accouchement à terme. Favorable dans le cas d'un avortement, le pronostic devient grave s'il s'agit d'un accouchement à terme. Ce fait, reconnu de tous, a été très diversement interprété. On a fait entrer en cause le volume du placenta, et je ne vois pas trop pourquoi, la septicémie ne dépendant pas de la grandeur du foyer d'infection. La vraie raison, la voici, et j'appelle sur ce point toute votre attention : Quand une femme avorte, *le placenta est encore solidement uni à la paroi utérine* : le fœtus sorti, le placenta n'est pas expulsé à cause de cette union intime, *mais par ses attaches il continue à vivre* comme un champignon sur le tronc d'un arbre. Chez une femme à terme, au contraire, le placenta est bien moins solidement uni, il se décollera facilement à la fin de la grossesse ; donc, *s'il ne sort pas, il ne pourra plus s'imbiber de sucs nutritifs, continuer à vivre, et il se putrifiera.*

Arrivons maintenant à la partie importante par excellence, au traitement. J'en vois deux principaux, indépendamment des menus détails :

1°) L'expectation antiseptique.

2°) L'extraction au moyen de la main ou d'une curette.

L'expectation, Messieurs, sera bien entendu antiseptique. Autrefois, avant que l'antisepsie ne soit connue, elle donnait déjà de bons résultats ; jugez de ceux qu'elle peut donner aujourd'hui, employée d'une manière rationnelle, commençant par des lavages vulvaires au savon, procédant ensuite à des injections vaginales, soit au sublimé,

soit à l'acide phénique, soit au permanganate de potasse, complétant dans le cas d'hémorrhagies, par un pansement vulvaire obturant à la gaze iodoformée ou au coton antiseptique.

Même dans certains cas de septicémie, la méthode d'expectation réussit le plus souvent. Vous verrez les accidents céder totalement à des injections vaginales fréquentes, pratiquées toutes les deux heures par exemple. Si les symptômes d'infection devenaient plus graves, faites des injections intra-utérines au sublimé à 1 pour 3.000 ou à l'acide phénique à 2 pour 100 et opérez avec un liquide porté à 48 ou 50°. Pour faciliter la sortie de ce liquide, usez de la sonde à canal ou en fer à cheval de Budin et prescrivez en même temps comme traitement général le sulfate de quinine, les alcooliques à l'intérieur et une nourriture appropriée, du lait, des potages, du jus de viande. Les lochies cesseront bientôt d'être fétides et la fièvre tombera.

L'expectation, ainsi entendue, est-elle légitime ou coupable ? MM. Audebert et Chaleix ont présenté au congrès de Bordeaux, en 1895, des observations de traitement par extraction à l'aide de la curette et ont fort malmené l'expectation, la traitant d'imprudence. Aujourd'hui je leurs réponds :

Non, l'expectation n'est pas une imprudence, puisque les femmes ainsi traitées guérissent presque toujours. A l'époque où je dressais ma statistique à la Maternité, M. Budin en faisait autant à la Charité: réunissant nos observations nous avions, à la Maternité 24 cas, à la Charité 22 cas de rétention placentaire. Sur ces 46 femmes, soignées par l'expectation, il n'en est morte qu'une qui à son entrée à l'hôpital avait de la fièvre et toussait. Elle mourut d'une pneumonie 14 jours après l'avortement, et si je voulais épurer ma statistique, je pourrais dire : sur les 46 malades soignées par l'expectation, nous avons eu 46 guérisons.

J'ai vu la rétention durer ainsi 18, 30, 57 jours même dans ce dernier cas. La femme, prise de contractions, expulsa un délivre, je ne dirai pas frais comme l'œil, mais d'un bel aspect, gris, de ce gris spécial des cervelles de mouton, sans la moindre trace de putréfaction.

Est-ce à dire que je proscrive de parti pris toute intervention active ? Ce serait aller trop loin, et vous savez combien il est rare en clinique qu'on puisse poser des règles absolues. Je tiens seulement à établir que l'expectation, l'antisepsie aidant, est presque toujours suivie de succès et qu'elle est préférable à une intervention quelle qu'elle soit.

Certaines indications pourraient nous engager à nous départir de notre pratique habituelle.

Parfois la masse placentaire engagée dans le col fait saillie dans le vagin ; l'extraction semble facile ; mais, si l'on intervient, l'on peut accrocher la partie saillante dans le vagin, et l'orifice utérin n'étant plus distendu, le col se referme emprisonnant le reste du placenta.

Aussi, bien que l'opération soit dans ce cas particulièrement engageante, doit-on n'y voir, avec P. Dubois, que « la promesse que l'arrière-faix sera bientôt expulsé et s'abstenir ».

Cependant, si la plus grande partie du placenta fait saillie dans le vagin et *s'y immobilise plusieurs jours* sans sortir complètement du col, on peut songer à enlever ce placenta, surtout si les symptômes de septicémie viennent à apparaître.

Dans certains cas d'hémorrhagie rebelles aux injections chaudes, au tamponnement vaginal et intra-utérin, dans certains cas dangereux de septicémie, il n'y a qu'à enlever le placenta. Les procédés recommandés sont nombreux. Certains font le *curage* de l'utérus avec un ou deux doigts et cherchent à décoller, à fragmenter, à enlever le placenta ; d'autres font pénétrer des pinces mousses, des pinces à faux germes. Quelques auteurs préconisent la curette mousse, qui « empêche de pouvoir blesser la femme ».

La curette à bords tranchants a ses partisans : on gratte, on racle les parois de la cavité utérine, on entraîne au dehors les débris. Dans ces derniers temps, Doléris a conseillé d'ajouter au raclage des parois utérines, qu'il pratique avec une curette large et mousse, l'emploi de l'écouvillon.

« L'écouvillon, dit-il, est une tige métallique souple terminée par un bout garni sur une longueur de 8 à 12 cm. de crins solides formant un manchon hérissé de mille pointes, capables d'entamer un tissu peu résistant ou de racler très complètement la paroi utérine. Semblables à ceux dont se servent les sommeliers pour les bouteilles encrassées, ces écouvillons sont introduits dans l'utérus par un mouvement de vrille et maniés de la même manière. » Cet écouvillon, lorsqu'on s'en sert couramment avec la curette, rend de très grands services. Mais pour moi, avant le *curetage* avec la *curette*, je conseille le *curage* avec le *doigt*. La femme étant chloroformée, on fait pénétrer un doigt ou deux, on nettoie, on cure la cavité utérine. La curette est aveugle, n'est pas un instrument sensitif, comme le doigt qui a des papilles et se rend compte. Dans le maniement de la curette, le

son particulier au tissu utérin est un guide précieux : posez une main sur la paroi abdominale, vous sentez alors avec la main gauche ce que fait la droite. M. Rocher (d'Anvers) publia, en 1892, un mémoire sur 41 cas de curettage pratiqué sur des femmes atteintes de septicémie (en passant, ce grand nombre de septicémie laisse des doutes sur l'antisepsie des accouchements), et il obtint 38 guérisons. En résumé, quand, avec l'expectation, surviennent des accidents, on peut y rémédier avec le curage et le curetage, mais je suis de l'avis de M. Pajot: « *J'attends jusqu'à ce que cela pue ou saigne.* »

En 1892 M. Doléris m'a argumenté : « Puisque la curette est bonne dans les cas de septicémie ou d'hémorrhagie, pourquoi, dit-il, ne pas l'employer tout d'abord ? » A cela je réponds : la curette est inutile dans la plupart des cas et même entre les mains les plus expérimentées, son emploi peut être suivi d'accidents terribles. Malgré un grattage attentif, on a pu laisser des portions de délivre (Skjelderups, Doléris). Une fois, bien qu'on eût raclé, lavé, cautérisé au perchlorure de fer, on ne fut pas peu surpris de voir le lendemain sortir un fœtus « sans jambes », long de 6 à 7 cm. qui, malgré l'emploi d'une curette coupante, était demeuré dans la cavité utérine sans donner lieu à aucun symptôme (J. Moses). La curette agit à l'aveugle et ouvre les voies à l'infection (Veit). Elle amène des hémorrhagies et lorsque le peu de perméabilité du canal cervical force à le dilater, on peut déplorer des déchirures du col. Dans un cas rapporté par M. Schwarz (de Halle), la déchirure s'étendait jusqu'au ligament large. Enfin, un accident plus grave encore : on peut perforer l'utérus, et j'espère, Messieurs, que vous n'êtes pas de l'avis de ce chirurgien allemand pour qui la perforation est un accident négligeable au point qu'il en produisit une volontaire, pour montrer à ses élèves combien peu il la redoutait ?

De tout ceci, concluons, Messieurs : avec l'expectation et une antisepsie régulièrement faite, sans aucune tentative d'extraction manuelle ou instrumentale, les cas de mort seront extrêmement rares, nous ne craignons pas de l'affirmer avec force, tant est grande à ce sujet notre expérience personnelle, expérience de l'hôpital et de la pratique civile. Ajoutons que cette méthode : expectation et antisepsie, peut facilement être mise en pratique par tous, médecins et sages-femmes, ce qui n'est pas un médiocre avantage.

***

**142. — De l'éventration post-opératoire.** — M. *Venschlagel* a présenté, à Lille, une thèse sur l'éventration opératoire.

En résumé, l'éventration est une conséquence assez fréquente de la laparotomie. Elle peut survenir à des époques plus ou moins éloignées ; on cite des cas où cette complication se produisit plus de 5 ans après l'intervention. Elle est due à un défaut de reconstitution de la paroi ventrale, occasionné surtout par un manque de réunion de la couche aponévrotique. Ces hernies ventrales restent rarement petites et grandissent de plus en plus par suite d'efforts, jusqu'à atteindre les limites de l'incision opératoire. Elles ne sont guère susceptibles d'étranglement, mais elles deviennent souvent douloureuses au point que les malades réclament avec instance une opération qui les délivrera de cette fâcheuse infirmité. La cure radicale en est facilement obtenue par la suture des différentes couches de la paroi, péritoine, feuillet aponévrotique profond, muscles droits, aponévrose superficielle et peau. Le port d'un bandage protecteur sera conseillé après l'intervention, au moins pendant plusieurs mois.

Cette analyse du *Nord Médical* nous rappelle le travail de *La Torre* sur le même sujet. Nous en avons parlé en son temps dans le *Journal d'Accouchements*.

***

**143.— Traitement de la pyosalpingite par la ponction aspiratrice et l'usage interne du sublimé.** —M. le docteur Th. More Madden, accoucheur de l'hôpital Mater Misericordiæ, à Dublin, obtient de bons résultats dans les cas de pyosalpingite chronique par l'aspiration du pus à travers le cul-de-sac postérieur du vagin.

Voici les détails du procédé auquel notre confrère a habituellement recours :

La femme ayant été endormie et placée sur le flanc gauche, on pratique d'abord le toucher rectal pendant qu'un aide abaisse l'utérus en comprimant l'abdomen au-dessus de la symphyse pubienne. De cette façon on parvient à sentir nettement les ovaires et les trompes et à constater l'existence d'une collection tubaire en forme de boudin pouvant s'étendre latéralement dans le sens des ligaments larges, ou bien se diriger en arrière, vers le cul-de-sac de Douglas. Après avoir déterminé ainsi la position exacte du foyer tubaire, on le ponctionne.

Pour cela, on introduit dans le vagin, en se guidant sur l'index de la main gauche, une longue aiguille creuse reliée à un aspirateur ; cette aiguille pénètre, à travers le cul-de-sac postérieur du vagin, dans l'arrière cavité de Douglas. L'index étant ensuite introduit dans le rectum, on s'en sert pour diriger l'aiguille vers la partie la plus saillante du kyste, au niveau de laquelle on pratique la ponction. On aspire le pus, on lave la poche avec une solution antiseptique, on retire l'aiguille, et on insuffle de l'iodoforme dans le vagin.

Le traitement se réduit dès lors à pratiquer des injections vaginales avec de l'eau phéniquée chaude et à administrer à titre d'antiseptique interne et d'altérant la mixture ci-dessous formulée :

Sublimé..... 0 gr. 05 centigr.
Teinture de quinquina composée..... .. 25 grammes.
F. S. A. — A prendre : dix gouttes dans l'eau après chaque repas.

Si la poche se remplit de nouveau, on fait une seconde ponction aspiratrice et on répète cette opération jusqu'à ce que la trompe soit complètement revenue à ses dimensions normales. (*La Sem. Méd.*)

***

**144. — L'emploi des antiseptiques et spécialement du sublimé dans les accouchements.** (Conférence faite par M. Clément Godson devant le British Gynecological Society (*Brit. Med. Journal*, 23 janvier 1897). — M. Godson compare la statistique de la mortalité dans les hôpitaux dédiés à l'obstétrique avant et après l'emploi des antiseptiques. Il prend comme type le British Lying-in (accouchement) Hospital à Londres. En 1870, la mortalité était de 1 sur 19. Pendant ce temps les épidémies de la fièvre puerpérale étaient fréquentes, l'hôpital a souvent dû fermer ses portes pendant de longs mois, des sommes vastes ont été dépensées en travaux de désinfection, à modifier la structure selon les idées hygiéniques les plus modernes, à perfectionner les systèmes de ventilation et des fosses, mais malgré les frais énormes, rien n'a procuré l'amélioration permanente de l'état sanitaire de l'hôpital.

En 1880, l'emploi de l'acide phénique et plus tard du permanganate de potasse a été essayé, mais ce n'est qu'en 1886, avec l'introduction du traitement au sublimé que les bénéfices de l'antisepsie dans les accouchements se montrent d'une façon éclatante. Du mois de juillet 1886 au mois de décembre 1897, l'orateur constate 4,608 accouche-

ments avec 11 morts (1/410) ; à partir du 1er janvier 1892 au 31 décembre 1896, 2,392 accouchements avec 3 morts (1/797). De ces trois morts aucun ne présenta trace de septicémie.

Le regretté M. Matthews Ducan, écrivant en 1870, avant l'introduction des antiseptiques dans la pratique obstétricale, donne la moyenne de 1/100 comme statistique de mortalité dans les hôpitaux de la Maternité les mieux conditionnés. En ville, écrit-il, la moyenne dépasse ce chiffre.

C'est par l'emploi des antiseptiques, défini par M. Matthews Duncan, comme la « propreté transcendantale » qu'on a vu dans ces dernières années la mortalité diminuer jusqu'à 11/40/00.

M. Duncan.

(*Revue de Thérap. Méd.-Chir.*)

***

**145. — Massage de l'abdomen.** — D'après une étude du Dr *Cautru* publiée dans la *Médecine Moderne*, le massage abdominal régularise la pression sanguine. Il rend normale la pression intestinale. Voici les applications thérapeutiques découlant de ces principes :

Dans les dyspepsies, il agit surtout bien sur la forme congestive des gastrites (hyperpepsie chloro-organique) qui s'accompagnent si souvent de crises violentes, assez vite disparues par l'emploi du massage ; il donne également de bons résultats dans l'hypopepsie et l'apepsie accompagnées de constipation ou encore de diarrhées chroniques.

Dans les affections intestinales, il est employé dans la constipation, dans les diarrhées chroniques, dans l'entérite muco-membraneuse, mais aussi dans l'entérite chronique, que l'on rencontre particulièrement chez les vieux dyspeptiques et chez les gros mangeurs, entérite caractérisée par une douleur ordinairement sourde siégeant sur le trajet du gros intestin et que l'inflammation simple de la muqueuse ou de la lymphangite septique avec ou sans gonflement des ganglions de la région atteinte. Cette lymphangite peut, à une période avancée, se compliquer de plastrons péritonitiques et de suppuration ; le massage n'est à employer naturellement qu'à la première période de cette affection.

Chez les enfants dyspeptiques, le massage donne de bons résultats

pourvu qu'on l'emploie avec une grande douceur, car il fatigue au début les petits malades ; il peut, en remuant les produits toxiques contenus dans leur intestin, donner lieu à des poussées d'infection générale qu'il faut faire disparaître avant de continuer le traitement. L'albuminurie, d'origine gastrique, n'est pas une contre-indication du massage abdominal.

Enfin on a à se louer du massage dans les congestions hépatiques s'accompagnant d'hypertrophie de l'organe et dans le rein déplacé. Il agit en régularisant la pression troublée à la suite des ovariotomies et des hystérectomies.

***

**146.— Les bains pour les nouveau-nés.** (*Médecine infantile russe*, n° 1, 1897.) — Goschinsky se prononce catégoriquement contre l'administration de bains aux nouveau-nés. Il donne à l'appui de son opinion ce fait que sur 190 nouveau-nés baignés tous les jours, il y a eu 15 cas de maladie avec 11 cas de mort, tandis que sur 180 autres nouveau-nés auxquels on n'avait donné qu'un seul bain à la naissance il n'y a eu que 7 cas de maladie avec 5 cas de mort.

Ces chiffres paraissent assez démonstratifs.

Quant à l'action fâcheuse des bains avant la chute du cordon, l'auteur croit la trouver dans ces deux faits :

1° Le cordon est toujours macéré, de sorte que la nécrose à sec devient impossible.

2° L'eau employée pour les bains n'est pas bouillie et peut, par conséquent, être une source d'infection.

---

# FORMULAIRE

*Mode d'emploi des injections de sérum artificiel dans l'entéroptose.*

(Jules Chéron.)

Nous avons dit qu'une des indications importantes de l'entéroptose était de relever la tension artérielle et de la maintenir à la normale.

Pour cela, divers moyens sont utilisables (électricité statique, hydrothérapie, massage, hypodermie) ; le plus pratique, sans aucun doute, consiste dans l'emploi des injections de sérum artificiel.

Si la tension artérielle est assez voisine de la tension normale, on peut employer, dès le début, le sérum complet et concentré dont j'ai donné la formule dans mon volume sur les *Lois générales de l'hypodermie*, formule que je reproduis ci-dessous :

| | |
|---|---|
| Chlorure de sodium..... | 2 grammes. |
| Phosphate de soude..... | 4 grammes. |
| Sulfate de soude..... | 8 grammes. |
| Eau stérilisée..... | 100 grammes. |
| Acide phénique neigeux ..... | 1 gramme. |

On fera, tous les jours, de préférence dans la matinée, une injection de 3 à 5 centimètres cubes de ce sérum.

Si l'adynamie est plus marquée, si la tension artérielle est très basse, il vaut mieux employer un sérum atténué, par exemple le sérum suivant:

| | |
|---|---|
| Chlorure de sodium..... | |
| Phosphate de soude..... ... | âà 1 gramme. |
| Sulfate de soude..... | |
| Acide phénique neigeux..... | |
| Eau stérilisée..... | 100 grammes. |

On injectera, dans la région rétro-trochantérienne, de 3 à 5 centimètres cubes de ce sérum atténué. L'injection hypodermique est faite, de préférence, avant le repas de midi, c'est-à-dire à l'heure de l'hypotension la plus marquée, ou bien encore, entre 4 à 7 heures du soir, au moment de la seconde baisse diurne de la tension artérielle.

Au bout d'un certain temps de traitement, temps variable suivant chaque malade, la tension aura une tenue plus élevée et plus voisine de la tension physiologique. C'est alors qu'on s'adressera au sérum concentré, employé comme je le disais plus haut.

C'est en suivant cette méthode qu'on obtiendra des bons résultats de l'hypodermie, chez les neurasthéniques en général, et je ne saurais trop insister sur cette nécessité de ne pas employer des doses trop fortes de sérum, contrairement à la pratique trop souvent suivie, dans ces derniers temps. Il convient de retenir ce précepte que, dans les maladies de surmenage (comme la neurasthénie), ce qu'il faut éviter avec le plus grand soin, c'est le surmenage thérapeutique.

---

*Directeur-Gérant*, Dr J. Chéron.

---

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

# REVUE

## MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

# MALADIES DES FEMMES

## A NOS LECTEURS

Après dix-neuf années d'existence, la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* cesse de paraître.

Son rôle est terminé.

Elle a lutté, sans relâche, en faveur de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice.

Aujourd'hui, la doctrine de la conservation en gynécologie fait rapidement son chemin.

Aux excès chirurgicaux ont succédé, peu à peu, des données plus sages, des idées moins radicales, si bien que quelques chirurgiens, revenant à la manière de faire de nos aînés, ont, à juste titre, accrû leur renommée, en reniant l'intervention à outrance et en remettant en honneur le diagnostic avant l'opération délaissé par un si grand nombre.

La gynécologie de l'avenir, loin d'être exclusivement chirurgicale, comme on l'a cru un moment, sera *médico-chirurgicale conservatrice*, et les paroles prononcées par Lusk au Congrès de Philadelphie resteront sa devise : « *L'ablation d'un organe n'est point une victoire, mais une défaite thérapeutique.* »

Merci à tous ceux qui, dans ces dix-neuf dernières années, nous ont aidé de leur concours :

Nous nous consacrerons désormais à la publication annuelle de la liste des travaux concernant la gynécologie et nous publierons une analyse succincte des plus importants.

Nous formerons ainsi, sous la dénomination d'*Année gynécologique*, un index analytique des publications parues sur la matière. Ce recueil démontrera, par lui-même, les nombreux efforts faits dans tous les sens, pour agrandir la thérapeutique spéciale à cette partie de l'art médical qui tend à prendre, chaque jour, une si large place. *J. C.*

---

# REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — La ménopause et les reins (Le Gendre).
II. — Ruptures et perforations de la paroi postérieure du vagin pendant l'accouchement (J. Morel).

I. L'influence de la suppression des règles, lors de la ménopause, sur les reins a été peu étudiée jusqu'à présent, ce qui donne un vif intérêt à la communication faite, récemment, à la *Société médicale des hôpitaux*, par notre distingué confrère, le Dr Le Gendre.

Nous allons donc reproduire *in extenso* cette importante communication :

L'influence exercée par la ménopause sur l'appareil circulatoire, et le système nerveux est bien connue ; on sait combien les troubles vaso-moteurs (bouffées de chaleur, céphalées congestives, palpitations) sont fréquents, lorsque les règles sont suspendues ou définitivement arrêtées. On connaît bien les troubles psychiques (irascibilité, hypochondrie, neurasthénie) qui peuvent se montrer d'une façon plus ou moins durable ; la ménopause peut créer des névroses ou aggraver les névroses préexistantes.

On a moins étudié, à ce qu'il me semble, le retentissement de la ménopause sur la fonction rénale. Et cependant plusieurs faits dont j'ai été le témoin me font penser que la suspension des règles a quelquefois pour effet d'entraver l'excrétion urinaire — soit en provoquant une congestion rénale et, par suite, une diminution de la quantité des urines — soit en privant l'organisme d'une voie d'émonction et en créant par rétention de poisons, que d'ordinaire peut entraîner le sang menstruel, un certain degré d'auto-intoxication, hypothèse en harmonie avec celle qui a été avancée par les partisans d'une théorie pathogénique de la chlorose par auto-intoxication.

C'est surtout chez des femmes présentant à un haut degré les attributs du neuro-arthritisme que l'interruption ou la suppression des règles retentit d'une façon fâcheuse sur l'appareil urinaire.

J'ai soigné pendant plusieurs années une dame qui avait au plus haut point le tempérament arthritique : sanguine, avec des réflexes vaso-moteurs d'une violence excessive, elle avait eu plusieurs fois des hémoptysies ou des épistaxis, des congestions hémorrhoïdales, quand ses règles, d'ordinaire abondantes, manquaient ou étaient retardées. Au moment où les irrégularités menstruelles, devenant plus accentuées, préludaient à la ménopause, j'ai constaté plusieurs fois chez elle, les mois où les règles ne paraissaient pas, un ensemble de phénomènes qui consistait en des douleurs lombaires, une céphalée violente, des nausées ou des vomissements. Ayant alors fait recueillir méthodiquement les urines, je constatai que l'excrétion quotidienne était considérablement diminuée ; une fois, j'y trouvai du sang, plusieurs fois de petites quantités d'albumine. Ce syndrome disparaissait après l'application de sangsues sur le col utérin, de ventouses scarifiées sur la région lombaire, de lavements multipliés et autres moyens propres à activer la diurèse.

Quand il existe un rein ectopié, la congestion de cet organe est facile à constater chez les femmes maigres, puisqu'on peut le saisir, pour ainsi dire, entre les deux mains, pour en appré-

cier le volume, la consistance et la sensibilité. Or, j'ai plusieurs fois fait, chez des femmes dont les règles étaient retardées ou suspendues, cette constatation que le rein flottant était, à ce moment, douloureux, turgescent, moins mobile.

J'ai même, dans un cas récent, soigné avec mon très distingué confrère, le docteur Margery (de Sannois), une dame arthritique et névropathe, atteinte de rein mobile, dont la ménopause est en train de s'effectuer, et qui, sous l'influence de la disparition de ses règles, présenta une céphalée très pénible, un état nauséeux, un certain degré d'anasarque, une augmentation très notable du volume et de la sensibilité du rein ectopié, en même temps que le taux des urines tombait à 300 grammes et même 250 grammes par jour. Le régime lacté et la théobromine amenèrent en peu de jours les urines à un taux suffisant ; en même temps, disparaissaient l'œdème avec les autres symptômes d'insuffisance rénale. Le mois suivant, les règles parurent à l'époque habituelle ; le syndrome urémique ne se montra pas. Un mois après, les urines diminuèrent de nouveau, au moment où les règles auraient dû venir et ne vinrent pas ; le rein se tuméfia, l'œdème s'esquissa : mais le lait et la théobromine coupèrent court à ce cortège de l'ischurie.

Mais c'est surtout lorsqu'il existe une affection chronique du rein que la connaissance du retentissement possible de la ménopause sur la fonction rénale est importante au point de vue du pronostic et du traitement.

L'exemple suivant montre une néphrite interstitielle, à évolution lente et bien supportée jusque-là, brusquement aggravée par l'apparition d'une poussée congestive à chaque époque menstruelle, quand les règles étaient trop peu abondantes ou en retard.

Une dame de quarante-neuf ans, fille de rhumatisant et de goutteux, avait eu, dans sa vie, de nombreuses manifestations arthritiques et nerveuses (migraines, bronchites sibilantes à répétition, emphysème, spasmes glottiques d'origine nasale) ; après avoir été maigre pendant sa jeunesse, elle était devenue obèse vers la quarantaine. Elle me consulta pour la gêne con-

sidérable que lui causait l'essoufflement. Je constatai un visage violacé, un bruit de galop, une forte tension artérielle, de la pollakiurie et de la polyurie, mais sans albuminurie. Je la soumis à un régime d'amaigrissement graduel, et, au bout de quelques mois, elle se trouvait débarrassée de tous ses malaises. Les règles étaient jusqu'alors venues chaque mois, à époque fixe. La seule fois de sa vie qu'elles avaient manqué, quelques années auparavant, cette dame avait eu, me dit-elle, une apoplexie pulmonaire.

Un jour je fus prié, par le confrère très instruit qui suivait la malade, M. le docteur Vinache, de venir constater son état ; car elle venait d'avoir, m'écrivait-il, « après des vomissements verdâtres peu abondants et glaireux, des accidents convulsifs suivis d'hémiplégie gauche transitoire et d'un sommeil plus ou moins comateux, interrompu par moments par une excitation particulière ». L'urine, d'ordinaire abondante, et qui, cinq ou six jours auparavant, ne présentait pas d'albumine, ainsi que je m'en étais assuré, était devenue rare, foncée, et contenait environ 1 gramme d'albumine. Les règles avaient quelques jours de retard. La malade conserva deux ou trois jours un peu de paraphasie et d'hébétude ; puis, les règles venues, l'albumine disparut brusquement, les urines furent de nouveau abondantes et notre cliente reprit sa vie ordinaire.

A quelque temps de là, également à une époque menstruelle, réapparition de signes de congestion rénale et d'urémie (urines diminuées, foncées, albumineuses, accès éclamptique). Saignée. Disparition des accidents nerveux et de l'albuminurie.

Une troisième fois, malheureusement, et dans les mêmes conditions de coïncidence avec l'époque menstruelle, une nouvelle crise d'urémie cérébrale apoplectiforme et convulsive emporta notre malade.

Nous fûmes très frappés, mon confrère et moi, de la régularité presque mathématique avec laquelle, à l'époque menstruelle, reparaissait la poussée congestive du rein, avec son cortège d'accidents urémiques sans qu'aucune imprudence eût été faite, malgré un régime convenable, tandis que, l'époque

menstruelle passée, tout rentrait dans l'ordre et il n'existait plus que les signes d'artério-sclérose avec lesquels la malade vivait depuis des années. Il nous a semblé manifeste, dans ce cas, que les retards et la diminution des règles étaient la cause provocatrice de la congestion intense du rein qui, se produisant sur un organe dont la circulation était d'ordinaire défectueuse, le rendaient subitement assez inférieur à sa tâche d'émonctoire pour faire éclater l'urémie.

Voici les conclusions très légitimes que tire M. Le Gendre des faits rapportées ci-dessus.

Conclusions. — Chez certaines femmes, au moment de la ménopause, la diminution, les retards, et la suppression de l'écoulement sanguin menstruel peuvent provoquer une congestion rénale d'intensité variable avec un cortège d'accidents qu'il est utile de savoir rapporter à leur véritable cause pour les prévenir ou les faire disparaître.

Ces accidents sont la diminution de la sécrétion urinaire, quelquefois une légère albuminurie, ou une hématurie passagère, souvent des douleurs lombaires, des nausées et vomituritions, une céphalalgie intense.

Ils peuvent être prévenus, atténués, ou supprimés par une émission sanguine (ventouses scarifiées ou sangsues sur la région rénale, sangsues sur le col utérin ou saignée générale) et par une médication diurétique (lait, théobromine).

Quand il existe un rein flottant, ces accidents congestifs sont peut-être plus accentués, et, en tout cas, il est plus facile de vérifier par le palper l'état congestif du rein, qui devient turgescent, douloureux et moins mobile.

Ces accidents se produisent surtout chez les femmes ayant à un haut degré les attributs du neuro-arthritisme.

Lorsqu'il existe une affection chronique du rein, l'arrivée de la ménopause devient une circonstance aggravante, par suite des poussées congestives que chaque époque menstruelle provoque du côté de l'organe déjà malade, si l'écoulement sanguin est retardé ou insuffisant.

II. Les ruptures de la paroi postérieure du vagin pendant l'accouchement, avec conservation du périnée sont assez rares. Il est utile, cependant, d'en connaître le mécanisme très bien exposé dans la thèse récente de M. J. Morel. Ce sont les conclusions de cet intéressant travail que nous allons citer :

Les ruptures dont il s'agit sont quelquefois spontanées et relèvent de causes diverses, maternelles et fœtales.

Pendant le travail, c'est l'action contractile de l'utérus seule ou secondée par celle des muscles abdominaux qui est la cause déterminante la plus ordinaire des ruptures vaginales. Dans la thèse de Deneux on cite le fait suivant : Monroo, professeur d'Edimbourg, connaissait une femme dont la matrice et les parois du bas-ventre se déchirèrent pendant une forte douleur, vers la fin du 3e jour de travail. Le bruit de cette double rupture fut très fort et entendu par tous les assistants. On tira le placenta par la même voie, et, quoique la rupture des parois abdominales s'étendît depuis le nombril jusqu'auprès de la crête de l'os des hanches du côté gauche, la femme n'en guérit pas moins facilement. Un exemple analogue est cité en note dans le traité d'accouchement de Burns.

Une cause qui tient encore à la matrice et peut favoriser la déchirure du vagin, c'est la déviation de l'axe utérin.

A la suite de grossesses répétées, la paroi abdominale se relâche, entraînant une antéversion de l'utérus gravide, connue sous le nom d'utérus pendulum.

Les ruptures vaginales ont lieu dans le cas où le travail marche avec une rapidité exagérée sous l'effet de contractions utérines très énergiques. Jadis, quand l'ergot de seigle était distribué avec une si large prodigalité au cours du travail, cette cause avait plus d'importance qu'aujourd'hui.

L'extraction trop rapide d'un enfant, au cours d'une version podalique, peut agir de même, et Giraud, chirurgien-accoucheur de l'Hôtel-Dieu, dit avoir remarqué qu'une cause fréquente des ruptures vaginales doit être recherchée dans ces fortes tractions qu'on exerce en pareil cas sur le pied du fœtus.

Le détroit du releveur de l'anus et le détroit formé par l'o-

rifice vulvaire peuvent en effet créer des dystocies dont la conséquence est l'affaiblissement de la rénitence vaginale. MM. Varnier et Auvard, qui se sont occupés de ces dystocies, ont montré que, si pour une raison quelconque, telle que le vaginisme, il vient à se produire en l'un ou l'autre de ces détroits une résistance anormale à la progression de la tête, celle-ci peut y faire sa rotation anticipée. Or, dans ce mouvement, l'étendue du diamètre antéro-postérieur du vagin se trouve considérablement accrue, d'où le danger de rupture de la cloison recto vaginale. D'après Velpeau, les rides de la partie inférieure du vagin peuvent favoriser, par leur nombre et leur volume, la production d'une déchirure recto-vaginale.

Une cause que signalent tous les accoucheurs, mais dont nous n'avons pu trouver aucune observation, c'est le rétrécissement congénital du vagin.

Nous devons signaler aussi l'induration plus grande encore de la primipare.

Enfin nous devons mentionner ce que MM. Doléris et Lenoble ont décrit sous le nom de sinus rétropérinéal.

Comme causes pathologiques, nous avons l'atrésie cicatricielle.

Mathews Duncan prétend que les tissus des syphilitiques résistent moins bien à la dilatation que les autres. Schrœder a vu, pendant un accouchement, se montrer une double perforation du rectum à la suite d'ulcérations diphtéritiques profondément situées sur la paroi postérieure du vagin. Les ulcérations cancéreuses peuvent, au cours du travail, produire un résultat identique.

Il nous reste encore à citer les tumeurs liquides ou solides du vagin.

Le rétrécissement de la vulve par une cicatrice étendue ou par le vaginisme peut produire une rupture recto-vaginale.

Des tumeurs de moyen volume de l'ovaire ou de la trompe peuvent tomber dans le cul-de-sac de Douglas, s'y fixer et faire dans le vagin en arrière ou sur les côtés du col utérin une saillie.

Le cancer localisé du rectum et la syphilis ano-rectale peuvent donner une rupture.

Le bassin trop étroit peut être incriminé.

Les crêtes osseuses, les saillies anormales que présentent certains bassins sont des causes de ruptures, on peut rapprocher certains coccyx peu mobiles dont les pointes regardent plus ou moins en avant.

Coffinières signale le rôle des bassins trop larges dans la pathogénie des ruptures vaginales.

Les causes fœtales sont une exagération dans le volume du pôle fœtal qui se présente, la tête subissant un mouvement de déflexion anticipée ; le cas où des esquilles osseuses des crêtes vives peuvent traverser les téguments craniens et couper ainsi les parois vaginales pendant la progression fœtale.

Plus souvent, les ruptures sont dues à une intervention obstétricale, favorisées dans certains cas par un affaiblissement de la vitalité des tissus maternels.

Le mécanisme varie avec les causes : d'une façon générale, on peut résumer en disant qu'il s'agit, tantôt d'une disproportion de volume entre la filière génitale et le pôle fœtal qui se présente ; tantôt de manœuvres mal comprises ou mal exécutées.

Une douleur subite, aiguë, différente de celle de la contraction utérine, avec écoulement modéré de sang par la vulve révèlent la rupture vaginale que d'autres signes rendent indiscutable : toucher vaginal, déformation du ventre quand l'enfant a quitté la voie génitale.

L'exploration vaginale méthodiquement pratiqué fait le diagnostic et empêche de confondre ces ruptures avec celles du corps ou du col de l'utérus.

Le pronostic est fort variable ; en général très grave pour les ruptures supérieures, fâcheux plutôt que grave pour les ruptures inférieures.

Les complications (passage de l'enfant dans la cavité péritonéale, fistules vésico ou entéro-vaginales, etc.), contribuent à l'assombrir.

Néanmoins, pour toutes les formes de rupture, la guérison

a pu être obtenue quelquefois spontanément, le plus souvent grâce à un traitement approprié.

Le traitement doit d'abord être préventif : évitant ce qui peut l'être, corrigeant ce qu'on ne peut éviter. Le traitement curatif varie suivant les cas.

Dans tous les cas, il faut terminer au plus tôt l'accouchement. Le choix des moyens reste subordonné :

Au siège de l'enfant dans la filière génitale ou hors d'elle.

A la hauteur du pôle de présentation ;

A l'état de vie ou de mort de l'enfant ;

Enfin, au souci qu'on doit avoir de conserver la mère.

Toutes les fois qu'on le pourra, il faudra préférer l'extraction par les voies naturelles.

La laparotomie et les autres opérations sanglantes doivent être réservées comme dernières ressources, hormis le cas de passage du fœtus dans la cavité péritonéale.

J. B.

---

# DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

## par les injections intra-musculaires de sérum artificiel bi-chloruré, à doses intensives et éloignées,

Par le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare.

On s'est beaucoup occupé en France, dans ces derniers temps, du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sels de mercure, soit par la méthode de Liégeois (sels solubles), soit par la méthode de Scarenzio (sels insolubles), et jusqu'ici l'attention s'est particulièrement arrêtée sur l'huile grise composée de mercure cru éteint dans un corps gras ou dans la vaseline.

Cette préparation, due à M. Lang de Vienne, a vu sa formule remaniée par quelques syphiligraphes, enthousiastes aujourd'hui d'un moyen délaissé pendant de longues années.

A l'étranger, la méthode de Liégeois (sels solubles) a donné des succès entre les mains de Lewin, d'Œstreicher, de Sprecker et Allgeyer, de Piasecki, etc., etc.

Œstreicher n'a pas craint d'arriver d'emblée à des doses massives de 8 à 10 centigr.,qui ont bien démontré, chez les hommes, la tolérance du médicament par la voie hypodermique, alors qu'on réservait aux femmes la dose de 3, rarement de 4 centigrammes, par injection, à cause des phénomènes d'intolérance, que je n'ai point constatés.

Dans un travail récent sur l'huile grise, le grand grief fait aux injections de sels solubles (le bichlorure de mercure), c'est l'assujettissement du malade et du médecin à l'emploi quotidien de l'injection hypodermique.

Or, cette manière de faire est déjà loin,et la méthode des injections massives de bichlorure, préconisée surtout par Œstreicher à l'étranger et, en France, par le Dr Cartier, medecin de première classe de la marine, ne semble pas encore être adoptée.

Je viens de les étudier avec attention dans mon service et je reproche à ces injections massives d'être douloureuses, et, par cela-même, de ne pouvoir être employées à dose suffisante, en faisant usage de la formule d'Œstreicher que voici :

| | | |
|---|---|---|
| Bichlorure de mercure..... | 1 | gramme. |
| Chlorure de sodium..... | 3 | — |
| Eau distillée..... | 20 | — |

Pendant ces douze dernières années, je me suis occupé, sans relâche,de l'action du sérum artificiel, en injection hypodermique, sur l'économie.

Mes observations faites souvent sur des syphilitiques, me démontrèrent que celles de ces malades qui sont atteintes de l'état d'affaiblissement, d'adynamie si fréquemment observé dans la période secondaire de la syphilis, reprenaient promptement leurs forces et l'exercice normal de leurs fonctions sous l'influence du sérum artificiel.

Afin de juger quelle part devait être réservée au sérum dans le relèvement des syphilitiques, je traitai exclusivement, par ce moyen, un certain nombre de malades. Je prends dans mes notes les titres suivants :

Syphilides papulo-hypertrophique de la vulve.

Syphilides ulcéreuses des petites lèvres.

Syphilides papuleuses de l'anus et plaques d'Ecthmyma.

Gommes suppurées des deux jambes.

Eczéma séborrhéique des mains et de la fesse gauche.

Lichen sur l'hypogastre et le haut des cuisses, syphilides ulcéreuses des amygdales.

Etc, etc.

Chez 4 de ces malades, en pleine période d'adynamie, avec une tension artérielle de 7 centimètres, 8, 11, 13 centimètres, l'action du sérum artificiel sur l'état général fut immédiate, à la dose de 10 et 20 grammes, trois fois par semaine, suivant l'épuisement, et les lésions se modifièrent peu après. Chez quelques-unes, des lésions disparurent.

Ce fut surtout le cas des gommes ulcérées qui fixa l'attention des personnes qui suivent mon service.

Chez d'autres malades, en bon état de santé dans le cours de la syphilis secondaire, l'état d'asthénie ne fut pas constaté plus tard.

J'ai déjà longuement exposé (1), dans un ouvrage paru en 1893, les effets physiologiques des transfusions hypodermiques de sérum artificiel non toxique. J'ai décrit ses effets locaux et généraux et je disais : « S'il me fallait résumer en une seule phrase les effets des transfusions hypodermiques, je dirais que faire une transfusion hypodermique, c'est augmenter la vitalité de l'individu, c'est activer toutes les fonctions de l'économie, c'est élever la puissance d'action de tous les systèmes de l'organisme humain. »

Les transfusions hypodermiques de sérum artificiel représentent un moyen dynamogénique général, un moyen puissant de transformer un terrain sans résistance en un terrain résistant et fort, devenu, par cette transformation, capable de lutter contre le virus qui a envahi l'organisme et le dégrade.

La médication reste banale, c'est entendu, elle n'a rien de spécifique ; elle dynamogénise, et c'est tout.

(1) Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie. — J. Chéron. — Société d'Editions scientifiques, 1893.

Le mercure, au contraire, a une action qui, mieux que celle de tous les autres corps, lutte avec succès contre l'action dégradante du virus syphilitique. Il fait disparaître les lésions de la syphilis, il en empêche le retour, il atténue les lésions tardives ou les supprime, mais il peut aussi, après avoir donné une poussée de relèvement à l'organisme (régénération des globules, suractivité de la nutrition, etc.), agir dans un sens tout à fait opposé et aider à l'épuisement, à l'adynamie que, chez les femmes surtout, on observe dans la période secondaire.

D'une part, après une longue étude de l'action du sérum artificiel chez les syphilitiques ; d'autre part, après une longue étude de l'application du bichlorure de mercure au traitement de la syphilis, d'après la formule d'Œstreicher, j'ai reconnu les avantages de l'emploi simultané des deux préparations et je crois avoir trouvé la meilleure solution de la question des injections hypodermiques :

1° en employant le plus actif des sels solubles de mercure, le bichlorure, à doses massives et éloignées ;

2° en dissolvant ce corps si actif dans un sérum artificiel qui unit ses avantages à ceux du sel mercuriel, et, par cette dilution abondante, permet de l'introduire dans le muscle, grâce à la technique employée, sans causer aucune douleur pendant ou après l'injection.

Introduire ce corps sans douleur, c'est déjà une supériorité obtenue sur les injections de sels insolubles et, quoique le perfectionnement de la technique soit arrivé à rendre bien moins douloureuses les injections insolubles, elles le sont encores.

D'après ce que nous avons observé, nous obtenons, avec les injections massives et espacées de sérum bichloruré, une rapidité d'action plus grande qu'avec toutes les injections de sels solubles ou insolubles que nous avons étudiées.

La syphilis est-elle grave ? nous pouvons à la rapidité d'action ajouter l'énergie plus grande, en augmentant la dose de 1 à 2 ou 3 centigrammes de bi-chlorure et obtenir sans inconvénient et

sans danger, avec mesure, le résultat énergique et rapide que donne le calomel, avec la douleur en moins. Avons-nous affaire à des lésions d'apparence bénigne, la dose peut être diminuée, quoique nous n'ayons jamais craint de maintenir, chez les femmes, le chiffre de 5 centigrammes, d'une façon générale.

Notre technique pour l'emploi du sérum bichloruré est spéciale et nécessite, comme pour l'emploi de l'huile grise, un instrument particulier.

Voici d'abord la formule du sérum artificiel bichloruré auquel nous donnons la préférence :

| | |
|---|---|
| Bichlorure de mercure ..... | 0,50 centigr. |
| Chlorure de sodium..... | 2 grammes. |
| Acide phénique neigeux..... | 2 grammes. |
| Eau distillée stérilisée..... | 200 grammes. |

Chaque injection comporte 20 grammes de liquide, c'est-à-dire 5 centigrammes de bichlorure de mercure par injection.

L'injection est faite dans la fossette retro-trochantérienne dont nous déterminons la situation par le procédé suivant : la malade étant couchée sur le côté, et légèrement inclinée en avant, nous délimitons par la palpation le trochanter, que nous représentons sur la peau, si nous voulons en faire la démonstration, par une ligne droite, suivant son grand axe, à l'aide du crayon dermographique. Du milieu de cette ligne, nous élevons une perpendiculaire de dix centimètres.

Nous partageons ainsi la fossette retro-trochantérienne en deux parties égales ; c'est à gauche et à droite du sommet de

cette ligne que la piqûre doit être faite, bien perpendiculairement au plan représenté par la peau de la région.

L'aiguille dont nous nous servons est en platine iridié, sa longueur est de trois centimètres 1/2. Plus courte, elle porte le liquide dans le tissu cellulaire, ce qui change complètement la nature de l'injection qui, au lieu d'être intra-musculaire, devient sous-cutanée.

Cette longueur de l'aiguille a la plus grande importance, à nos yeux, au point de vue de la douleur, et ceux qui nous entourent ont été frappés de ce fait que l'aiguille plus longue ou poussée profondément, en déprimant les tissus, éveille une douleur qui persiste pendant 24 heures au moins.

La seringue sans piston que nous avons fait faire, dans le but de pratiquer facilement des injections relativement abondantes, permet d'introduire les 20 grammes de sérum bichloruré sans secousse.

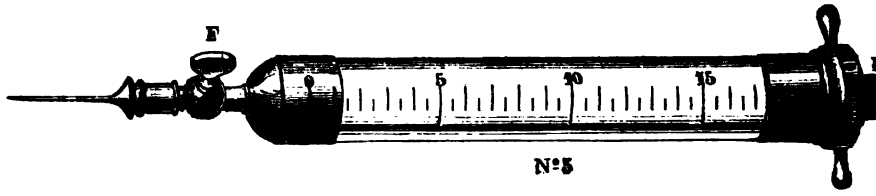
Cet instrument est tout entier en métal et en verre. C'est à l'aide de l'air comprimé dans un petit réservoir sphérique, aseptisé par son passage à travers un tampon d'ouate stérilisée, que se fait la propulsion du liquide.

Quel que soit le soin mis à faire une injection de 20 grammes, il se produit toujours des à-coups et des ébranlements douloureux pour le patient, tandis qu'en employant l'air comprimé, le liquide introduit avec une lenteur égale et sans secousse pénètre sans douleur, si l'on prend la précaution de modérer l'écoulement avec le robinet inférieur.

Trois parties composent cet instrument :

1° Le réservoir à air (n° 1);
2° La pompe (n° 2);

3° Le tube en verre qui reçoit le liquide et porte l'aiguille (n° 3).




Après avoir comprimé l'air dans le réservoir sphérique, à l'aide de 12 à 15 coups de pompe donnés bien à fond, on sépare la pompe après avoir fermé le robinet et on visse le réservoir sur le tube rempli du liquide à injecter.

On chauffe le liquide sur la lampe à alcool, on fait rougir l'aiguille, qui est en platine iridié. Tout est prêt pour l'injection.

D'un coup sec sur la région rétro-trochantérienne préalablement lavée à l'alcool et à la liqueur de Van Swieten, on fait pénétrer l'aiguille jusqu'au talon, sans pousser sur la peau pour la faire pénétrer plus profondément. On ouvre en plein le robinet du réservoir et on modifie l'écoulement avec celui qui est en bas du tube.

Avant de retirer l'instrument, alors qu'il n'y a plus que quelques gouttes de liquide, on déprime les tissus autour de l'aiguille, on retire très rapidement, et on recouvre aussitôt l'orifice avec du collodion et quelques brins d'ouate.

Il est important de ne pas masser après l'injection.

Il résulte d'une longue observation, que le traitement de la syphilis par les injections de sérum artificiel bichloruré peut être résumé comme suit :

L'injection intra-musculaire du plus actif des sels solubles de mercure, le bichlorure, en solution dans un sérum artificiel, donne de tels résultats, dans le traitement de la syphilis, qu'elle est digne d'attirer l'attention des médecins.

Avec cette solution, il n'y a ni chaleur, ni gonflement ; la douleur est nulle, elle n'est donc ni prochaine ni consécutive si l'on observe scrupuleusement la technique que nous avons indiquée

La quantité de bichlorure introduite, chaque fois, dans le tissu

musculaire est de cinq centigr. dissous dans 20 gram. du sérum artificiel dont nous avons donné la formule.

Dans les cas où il est urgent d'agir très promptement, avec une grande énergie, on peut augmenter la quantité de bichlorure ; la tolérance est très grande (jusqu'à huit et même dix centigrammes.)

L'injection doit être faite tous les six ou huit jours, suivant la rapidité d'action qu'on juge nécessaire. La solubilité du sel assure une élimination régulière du mercure, comme l'indiquent les nombreuses analyses d'urine que nous avons pratiquées.

Les résultats obtenus sont très rapides. Quatre ou cinq injections, quelquefois un plus petit nombre, suffisent pour amener la disparition des lésions syphilitiques. Si l'on a affaire à une syphilis maligne et résistante, on peut sans inconvénient augmenter le nombre des injections.

La vraie stomatite n'a jamais été constatée. Ce n'est que dans les cas de mauvais entretien de la bouche que quelques rougeurs et quelques érosions légères ont été observées au niveau de la couronne des molaires. Ces lésions ont disparu sans soins spéciaux.

Les injections intra-musculaires de cinq centigrammes de bichlorure de mercure en solution dans un gramme d'eau salée sont mal supportées, elles sont très douloureuses, elles donnent lieu souvent à de la rougeur des téguments et à de la chaleur pendant plusieurs jours ; c'est donc à la dilution du bichlorure dans une grande quantité de liquide et à l'action analgésique de l'acide phénique qu'est due la manière facile et indolore dont le serum bichloruré en injections intra-musculaire est supporté.

En même temps que disparaissent les lésions, l'état général s'améliore, la tension artérielle se relève, le nombre des globules et l'hémoglobine augmentent, les forces reviennent, comme l'indique le dynamomètre, et l'action du sérum artificiel sur les fonctions cérébrales, action que j'ai signalée il y a quelques années, se fait promptement sentir.

Il est intéressant de considérer l'aspect des malades traitées par le sérum bichloruré ; chacune d'elles présente la coloration

rosée de la face et accuse un grand état de bien-être et de vigueur qui lui faisait défaut avant de commencer le traitement. On retrouve là tout entier le tableau que j'ai tracé (en 1893) de l'action physiologique du sérum artificiel.

Comme nous étudions, en même temps, l'huile grise et le bichlorure, nous tracerons, dans peu de temps, un tableau de l'action comparée de ces deux moyens de traitement de la syphilis.

---

# SUR UNE MODIFICATION AU PESSAIRE DE HODGE

## dans les rétroversions compliquées de latéro-version,

Par le Dr Jules Batuaud, ancien intêrne de Saint-Lazare.

(*Communication faite à la Société médicale de l'Elysée*, novembre 1897.)

—

Lorsque j'ai obtenu la mobilisation de l'utérus primitivement en rétroversion ou en rétroflexion, j'ai souvent recours au pessaire de Hodge pour maintenir la réduction de l'utérus en position normale. Lorsque ce pessaire est appliqué après mobilisation complète et après reposition de l'utérus, il remplit généralement très bien l'indication de maintenir l'organe en antéversion physiologique. Néanmoins, quelquefois, je l'ai vu se montrer insuffisant à assurer une bonne contention de l'utérus, et voici comment les choses se présentaient, en pareil cas :

Chez des malades atteintes de rétrodéviations mobiles ou de rétrodéviations d'abord plus ou moins fixes, mais mobilisées par un traitement approprié, je réduisais l'utérus en antéversion, et je plaçais, séance tenante, un pessaire de Hodge.

Les malades se trouvaient immédiatement soulagées : plus de pression sur le fondement, plus de lourdeur dans le bas-ventre, plus de tiraillement au niveau des aînes. Elles marchaient facilement et sans fatigue, ce qu'elles ne pouvaient faire auparavant.

Pendant les premiers jours, tout continuait à aller très bien ; mais, peu à peu, les malaises réapparaissaient et les malades revenaient me trouver, se plaignant d'être, de nouveau, à peu près dans le même état qu'avant l'application du pessaire.

En examinant ces malades, je constatais alors sans peine que le pessaire de Hodge avait bien empêché la reproduction de la rétrodéviation, mais que le corps utérin s'était incliné plus ou moins fortement sur un des côtés, à gauche le plus souvent.

J'essayais alors de mettre un anneau un peu plus grand, pensant que le pessaire que j'avais mis avait pu tourner plus ou moins, ou encore j'élargissais le pessaire que je venais de retirer, jusqu'à ce que ses branches latérales vinssent exactement au contact des bords du vagin. Peine perdue ; au bout de quelques jours, la latéroversion s'était reproduite.

C'est alors que j'eus l'idée, sans m'entêter à essayer une série de pessaires de plus en plus grands qui n'auraient pas été tolérés sans douleur, à modifier le pessaire de Hodge en lui adjoignant un *épaulement latéral* partant du bord gauche (puisqu'il s'agissait le plus souvent de latéroversion gauche) de la branche postérieure du pessaire pour aller en arc de cercle au tiers antérieur de la branche latérale correspondante.

Ce pessaire à épaulement latéral a bien maintenu l'utérus qui ne s'est plus déplacé désormais ni en arrière, ni sur le côté. Au bout de quelques mois, les résultats définitifs étaient acquis et le pessaire pouvait être supprimé.

Cette modification au pessaire de Hodge m'a semblé intéressante en raison des services qu'elle peut rendre dans les cas dont je viens de parler et dans les *latéroversions en général*, c'est pourquoi je me suis permis de vous la décrire aujourd'hui.

Les faits auxquels je viens de faire allusion se rapportaient presque tous à des nullipares, ayant par conséquent un périnée intact, ce qui prouve bien qu'on a exagéré l'importance du rôle que l'on attribue, à la déchirure du périnée, dans la pathogénie

des rétrodéviations. Ce qui me confirme, du reste, dans cette opinion, c'est que j'ai vu également des périnéorrhaphies très correctes qui n'avaient nullement empêché la rétroversion de persister sans amélioration appréciable. Enfin, nous voyons tous les jours des femmes qui portent, depuis longtemps, des déchirures du périnée parfois très étendues et qui conservent leur utérus en très bonne position.

---

# INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNÉRALISÉE A SYMPTOMES OBSCURS

**Début par une métrite hémorrhagique, œdème phlegmoneux du coude gauche. Endopéricardite : mort. Cultures et inoculations du gonocoque.**

Par M. H. Rendu, agrégé, médecin de l'hôpital Necker,
et M. J. Hallé, interne des hôpitaux.

—

Le 22 mars dernier, entrait dans mon service de l'hôpital Necker, salle Monneret, n° 27, une femme de trente ans, d'apparence robuste, et qui, depuis une dizaine de jours, se trouvait assez souffrante pour être obligée de suspendre son travail. Elle était amenée par ses maitres, qui semblaient lui être fort attachés.

L'analyse des symptômes que présentait cette femme donnait l'impression d'une métrite. Elle se plaignait, en effet, de douleurs de ventre, surtout marquées vers l'hypogastre et aux fosses iliaques, et accompagnées de courbature et de fatigue lombaire. Ces malaises s'exagéraient quand elle se levait et surtout quand elle marchait : dans la station debout, les douleurs irradiaient le long des cuisses, et rendaient tout travail impossible.

Le ventre n'était pas ballonné ; à la palpation, il était un peu douloureux, mais souple, facile à explorer. Nulle part on ne sentait d'empâtement ni de rénitence.

L'examen des organes génitaux ne donnait rien de net. La malade n'avait point d'écoulement vaginal : elle ne souffrait point en urinant et ses urines étaient claires, l'urèthre n'était ni œdémateux, ni enflammé. Au toucher, le col utérin avait sa consistance normale : l'utérus paraissait médiocrement volumineux,

parfaitement mobile, peu douloureux : les culs-de-sac étaient libres, et dans la région tubo-ovarienne on ne sentait ni induration, ni empâtement indiquant une salpingite ou une pelvi-péritonite.

La malade n'avait d'ailleurs point de fièvre et pas de température. Les organes étaient sains, le cœur et les poumons normaux; la langue bonne.

Ce qui dominait, c'était une sorte de fatigue et de prostration générale hors de proportion avec l'intégrité de divers appa-

Les anamnestiques ne conduisaient pas davantage à un diagnostic précis. Réglée à quatorze ans, d'une excellente santé jusque-là, cette femme avait eu un enfant à dix-neuf ans et avait quitté le Berry, son pays, à l'âge de vingt ans, pour se placer à Paris comme domestique. De vingt à vingt-sept ans, elle n'avait eu aucune maladie. A vingt-sept ans, une nouvelle grossesse était survenue, terminée par un accouchement difficile ;quinze jours après,la malade avait eu des accidents fébriles et elle avait dû garder le lit pendant près d'un mois.

Depuis lors, elle avait eu à subvenir, seule, aux charges de ses deux enfants, qui absorbaient la presque totalité des bénéfices de son travail. La santé était pourtant restée bonne, malgré certaines périodes de fatigue, et jamais elle n'avait eu besoin de s'aliter.

La cause déterminante de sa maladie, d'après elle, avait été la suivante : le 12 mars, dix jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait perdu sa mère et était partie précipitamment pour le Berry afin d'assister à l'enterrement. Dans le trajet en chemin de fer, elle eut froid ; en arrivant, elle dut faire une partie de la route à pied, sous la pluie, et pendant les trois jours qu'elle passa dans son pays, n'eut pas le temps de se reposer. A son retour à Paris, elle commença à souffrir du bas-ventre ; elle était alors constipée et avait quelques pertes blanches. Malgré sa fatigue, elle essaya de reprendre son service, mais ne put y parvenir ; au bout de quelques jours, elle dut s'aliter, et c'est en la voyant ainsi languir que ses maîtres étaient venus l'amener à l'hôpital.

En résumé, cette histoire complexe nous apprenait que la malade, après une couche pénible, avait eu il y a trois ans une première poussée de métrite, et que, sous l'influence de la fatigue et du froid, elle semblait de nouveau atteinte d'une récidive de cette affection.

Les conditions de surmenage et de dépression morale où se trouvait cette femme pouvaient, à la rigueur, expliquer son aspect fatigué, et le pronostic paraissait devoir être bénin, les signes physiques n'indiquant, somme toute, que de la congestion utérine.

Dans la nuit même qui suivit son entrée à l'hôpital survint une métrorragie assez abondante. Comme les dernières règles dataient du 5 mars, la malade supposa qu'il s'agissait d'un retour des époques menstruelles anticipant de quelques jours la date normale : ce n'était pas la première fois d'ailleurs que de pareilles irrégularités se produisaient. Cela concordait parfaitement avec le diagnostic ; aussi, pendant deux jours, nous ne crûmes pas devoir nous en préoccuper. L'écoulement de sang était modéré, et la fièvre nulle.

Le 25 mars, au lieu de diminuer, l'hémorrhagie utérine devint plus considérable ; pour la première fois, dans la journée, la malade eut un petit frisson, bien qu'elle fût restée au lit et n'eût pas pris froid. Le soir, sa température monta à 38°5.

Ceci commençait à devenir anormal ; il n'est pas d'usage qu'une simple congestion utérine, voire même une métrite hémorragique, s'accompagne de frissons. L'idée d'un état infectieux me poursuivait. Aussi, le lendemain je procédai à un examen approfondi des organes génitaux avec le spéculum.

Cet examen fut absolument négatif. Je trouvai le vagin sain, le col un peu gros, non ulcéré ; il n'y avait pas trace de suppuration utérine ni vaginale ; les culs-de-sac étaient tout à fait libres. Pourtant la palpation de l'abdomen continuait à être douloureuse.

Le 26 et le 27 mars, il n'y eut pas de fièvre ; mais l'état général restait médiocre, l'appétit nul et les douleurs du bas-ventre permanentes. L'hémorragie utérine était très diminuée ; elle

cessa définitivement le lendemain, après avoir duré cinq jours, ce qui semblait correspondre réellement à une période menstruelle.

Toutefois, la disparition de la métrorragie n'amena pas la détente espérée. La fièvre, dès le 28 mars, reparut, avec de petits frissons dans l'après-midi, une température de 38°5 le soir et de la moiteur la nuit ; le matin, le thermomètre restait à 38°6 et ne descendait pas à la normale. Cet état de choses persista trois jours. Des injections d'eau bouillie et des lavements d'antipyrine procurèrent un peu de soulagement ; la température redevint basse et le ventre cessa d'être douloureux. Pourtant, malgré cette accalmie, l'état général restait médiocre, l'appétit nul : la malade se plaignait d'une lassitude énorme et d'un malaise indéfinissasable ; elle maigrissait et s'affaiblissait sensiblement. Les signes physiques, du côté de l'utérus, ne s'étaient point modifiés.

Le 5 avril, au soir, brusquement survint un accès de fièvre beaucoup plus fort que ceux des jours précédents ; le thermomètre atteignit 39°4 et dans la nuit il y eut une transpiration profuse. Le lendemain matin, la malade avait le teint terreux et se trouvait fort abattue.

Il y avait, dans la répétition de ces accès fébriles, et dans l'aggravation correspondante de l'état général, la caractéristique d'une septicémie, mais le siège et l'origine de l'intoxication étaient pour moi une énigme. Je songeai un instant à un début anormal de tuberculose, hypothèse que ne légitimait guère l'excellent état des poumons. Je pensais également à la possibilité d'une fausse couche dissimulée par la malade et d'un fragment de placenta retenu dans l'utérus ; mais l'absence de sécrétions vaginales fétides n'était guère en rapport avec cette supposition, et d'ailleurs l'aspect du col utérin n'était pas celui d'une femme récemment accouchée. Je restais donc dans le doute relativement à la cause de la métrite, tout en arrivant à la conviction qu'il s'agissait d'une métrite infectieuse.

Le 10 avril, voyant que la fièvre persistait avec le caractère irrégulier et rémittent des états septiques, je priai mon excellent interne, M. Jean Hallé, de pratiquer un examen bactériolo-

gique complet des sécrétions utérines. Après introduction d'un spéculum préalablement bouilli, une pipette stérilisée permit de recueillir, au fond du col utérin et dans l'intérieur de la cavité utérine, un liquide séreux, absolument transparent, contenant peu de mucus, de rares leucocytes, et un petit nombre de microorganismes ressemblant au diplocoque de Neisser. En cultivant cette sérosité sur de l'agar additionné de quelques gouttes de sang humain, il fut possible d'isoler à l'état de pureté le gonocoque avec tous ses caractères chimiques et bactériologiques. (Voir plus loin le détail de ces recherches.)

C'était là un résultat inattendu, qui donnait une explication plausible des douleurs utérines, des phénomènes de métrite et des accès de fièvre, et qui atténuait sensiblement la sévérité du pronostic. Il était rationnel de supposer qu'avec des injections intra-utérines d'une solution de permanganate de potasse, l'infection cesserait rapidement, et que tous les accidents ne tarderaient pas à disparaître. Le traitement local fut commencé le jour même.

Deux jours après, le 12 avril, un nouvel incident se produisit. Après une nuit médiocre, la malade fut réveillée par une douleur vive siégeant au niveau du coude gauche, qu'elle avait de la peine à mouvoir. Effectivement, toute la région huméro-cubitale était œdématiée, et le bras, plié à angle droit, était dans l'impossibilité de s'étendre. L'exploration de l'articulation était douloureuse, mais l'œdème et l'empâtement phlegmoneux paraissaient bien plutôt résider dans les tissus périarticulaires que dans la jointure elle-même.

Je diagnostiquai une périarthrite infectieuse, probablement d'origine utérine et vraisemblablement produite par le gonocoque. Quatre sangsues furent mises sur la région enflammée, et un pansement humide à la liqueur de Van Swieten appliqué en permanence ; le bras fut immobilisé.

Le lendemain, l'œdème a gagné tout l'avant-bras et une partie du bras, avec l'apparence d'un phlegmon à marche rapide. La peau est tendue et rouge, la douleur, à la pression, très vive, extérieurement, moindre au niveau de l'interligne articulaire ;

il n'existe pas de sensation de fluctuation profonde, mais une rénitence pâteuse surtout prononcée au pourtour de l'olécrâne. La fièvre est pourtant moins intense que la veille, mais la suppuration de la région périarticulaire semble inévitable. Une ponction capillaire, pratiquée avec une seringue de Roux stérilisée en plein œdème, ramène aisément un centimème cube d'une sérosité un peu louche, mais non purulente, qui est prélevée pour l'examen bactériologique et les cultures.

Le 14 avril, l'œdème a encore un peu gagné du côté du bras et la sensation de pseudo-fluctuation est plus nette à la partie externe de l'articulation ; je fais en ce point une incision de 4 à 5 centimètres de longueur à travers les tissus infiltrés. Il s'échappe non du pus, mais une sérosité louche mêlée de sang. Cette intervention est suivie d'un apaisement rapide des douleurs locales et d'une rétrocession du phlegmon. En quelques jours, le gonflement disparaît et la plaie se répare sans incident.

Toutefois, à l'amélioration de l'état local ne correspond pas une détente de l'état général. Bien que les douleurs de l'œdème aient complètement disparu, et que les mouvements de l'articulation soient devenus relativement faciles, néanmoins la fièvre continue avec le même type rémittent à grandes oscillations vespérales. Presque tous les jours, du 15 au 22 avril, le thermomètre monte à 39°5 et même davantage ; le 22 avril, il dépasse 40°4. Chacun des accès de fièvre est précédé, soit d'un frisson véritable, soit d'une sensation de chaleur et suivi de sueurs profuses. L'amaigrissement fait des progrès, l'appétit est nul et le peu d'aliments que prend la malade est souvent rejeté par des vomissements ; en un mot, c'est le tableau clinique de la septicémie en contradiction avec l'état excellent de la plaie locale.

Cette persistance d'accidents fébriles graves ne laissait aucun doute sur la réalité d'un foyer septique. Pendant plusieurs jours, je recherchai, avec tout le soin dont j'étais capable, s'il ne se formait pas un nouvel abcès sous-cutané ou viscéral. L'examen des divers organes fut constamment négatif. Les poumons respiraient bien, le cœur battait régulièrement, sans souffles anor-

maux et sans affaiblissement du premier bruit : les reins fonctionnaient suffisamment et l'urine ne renfermait pas d'albumine. Le foie ne paraissait pas hypertrophié, ni douloureux, la rate seule était un peu grosse. Enfin les douleurs du bas-ventre avaient notablement diminué. Un nouvel examen de l'utérus ne révéla aucune aggravation de la métrite, ni aucune modification dans les sécrétions utérines.

Pendant cette période, je m'adressai successivement, sans aucun succès, à tous les agents antipyrétiques. Les préparations de quinine à doses progressives, les lavements d'antipyrine furent immédiatement prescrits : les bains ne donnèrent lieu qu'à un soulagement passager. Le champagne et la potion de Rivière n'empêchèrent pas les vomissements de se répéter.

25 *avril*, pour la première fois, je crois percevoir une légère modification du côté du cœur. Les bruits me paraissent sourds et moins bien frappés, et vers la pointe, j'entends un souffle léger, diastolique, très doux, qui pouvait être un souffle inorganique ou un frottement péricardique, mais qui n'existait pas les jours précédents. Les poumons respirent bien ; pourtant, à la base droite, l'inspiration est un peu obscure, et cet affaiblissement du murmure vésiculaire correspond à une diminution de de la résonnance thoracique.

Le lendemain 26 mai, les signes d'auscultation cardiaque se précisent et ne laissent guère de doute sur la réalité d'une endopéricardite septique. Je note, en effet, un assourdissement des bruits du cœur plus prononcé que la veille : au devant de la région précordiale, non loin du bord gauche du sternum, s'entend un murmure doux, aspiratif, superficiel qui correspond à la diastole cardiaque, et qui semble manifestement siéger dans le péricarde. Je fais appliquer au devant du cœur quatre ventouses scarifiées et prescris 10 centigrammes de calomel à dose réfractées.

Le 27 *avril*, la fièvre semble moindre et le thermomètre ne marque que 38°2. Mais la malade ne se sent pas mieux : elle a toujours un teint terreux et plombé et un état nauséeux persistant. Le frottement péricardique n'est plus douteux et il s'entend

aux deux temps de la révolution cardiaque. Le pouls est petit et rapide (130), les battements du cœur sourds et précipités, on ne sent pas le choc précordial. Les urines sont rares, foncées en couleur ; pour la première fois j'y constate de l'albumine.

En présence de ces symptômes, je diagnostique une endocardite infectieuse probablement végétante et une péricardite septique. Afin de voir si le sang de la malade est infecté, je prie M. Hallé d'en recueillir un centimètre cube avec une seringue de Straus stérilisée, par ponction directe de la veine basilique, et d'en faire des cultures.

Les jours suivants, le tableau clinique reste à peu de chose près le même. La malade n'éprouve, chose remarquable, ni dyspnée, ni angoisse précordiale : elle est seulement très pâle, se sent faible et a des tendances syncopales. Elle ne peut absorber aucune nourriture sans être prise de nausées ; on est obligé de recourir à des lavements alimentaires. La fièvre est toujours rémittente, et la température oscille de 38 à 39°5. Les signes stéthoscopiques se modifient peu. Le frottement péricardique n'est pas plus fort ; il se limite actuellement vers la base du cœur, dans la région correspondant à la base du ventricule droit. Le premier bruit cardiaque est assourdi ; il n'existe pas de souffle organique appréciable à la pointe, ni à la base. Les battements sont plutôt moins fréquents que les jours précédents (116), mais petits et mal frappés (Injection sous-cutanée de sérum d'Hayem, 200 grammes).

Le 1er mai, un nouveau symptôme se montre, la dyspnée, qui jusque-là n'existait point. Le poumon commence à s'engouer aux bases. Les signes d'endopéricardite, par contre, sont moins accusés, probablement parce que l'énergie ventriculaire diminue. Les pulsations radiales sont très faibles. (On continue, en les augmentant, les injections de sérum.)

Le 5 mai, les signes d'une mort prochaine se manifestent : les lèvres commencent à se cyanoser. Depuis trente-six heures, la température a été baissant progressivement ; elle est descendue à 37° degrés. A deux heures, une première syncope survient dont la malade se relève par une piqûre d'éther. A quatre heures, se

produit de l'agitation, de l'angoisse précordiale, et la mort arrive subitement par syncope.

Autopsie vingt-trois heures après la mort.

Cadavre bien conservé. A l'ouverture du thorax, il s'écoule des deux cavités pleurales une certaine quantité de liquide séreux et transparent : 100 grammes environ pour la plèvre droite, 200 grammes pour la plèvre gauche. Celle-ci présente un léger exsudat fibrineux qui tapisse le feuillet viscéral en arrière et à la base du poumon, ainsi que sur son bord externe. A droite, la plèvre est un peu dépolie, sans exsudat fibrineux.

Les deux poumons sont intacts, et n'offrent aucune trace de tuberculose. Les ganglions du médiastin ne sont pas malades. Il n'existe, dans le parenchyme pulmonaire, ni infarctus, ni noyaux d'apoplexie : le lobe inférieur gauche est seulement un peu œdémateux.

Les lésions les plus importantes siègent au niveau du péricarde et du cœur.

Le sac péricardique est distendu par un épanchement assez considérable : 500 centimètres cubes environ d'une sérosité transparente, légèrement teintée de sang, non purulente. Le péricarde pariétal est un peu épaissi : le feuillet viscéral dépoli, mais sans dépôt fibrineux au devant de la face antérieure du cœur. Par contre, à la face postérieure de l'oreillette gauche, ainsi qu'autour de l'aorte et de l'artère pulmonaire, existent quelques dépôts fibrineux adhérents, de consistance molle et élastique.

Le cœur est dilaté et mou, de couleur jaunâtre. Les cavités droites ne présentent aucune altération. Le cœur gauche est rempli par un volumineux caillot qui se prolonge vers l'aorte et est adhérent à la base des valvules aortiques. L'oreillette gauche est saine.

La valvule mitrale n'offre ni épaissement, ni végétation, ni rétraction tendineuse ; elle a gardé sa souplesse et fonctionne normalement.

Par contre, la valvule aortique est très malade et montre des lésions typiques d'endartérite végétante.

Ces lésions n'intéressent pas les trois valvules sigmoïdes au

même degré ; deux seulement sont atteintes ; la troisième, celle qui répond à la valvule mitrale et qui est éloignée de l'orifice des coronaires, est intacte. Sur les deux valves malades, on constate, non seulement un épaississement énorme du bord libre valvulaire, mais des végétations en chou-fleur qui garnissent ce bord libre et font saillie au dehors. Malgré ces excroissances, les valvules ne sont pas insuffisantes, ce qui explique les signes négatifs de l'auscultation, constatés pendant la vie. La face interne des valvules sigmoïdes est dépolie et enflammée, l'inflammation se propage de là vers l'endocarde. Sur plusieurs points, à ce niveau, se voient de petits caillots adhérents, dont quelques-uns, évidemment de vieille date, renferment un contenu puriforme et sont ramollis au centre. Aucun de ces caillots suppurés ne paraît s'être ouvert pendant la vie.

Les artères coronaires sont intactes et ne renferment pas de caillots ; on n'y constate pas de plaques d'athérome.

Il n'en est pas de même de l'aorte, qui, au-dessus des valvules sigmoïdes, est tachetée de quelques plaques athéromateuses jaunâtres, dépolies, à bords irréguliers et légèrement surélevés. Ces lésions d'endartérite sont strictement limitées à la portion ascendante de la crosse aortique et ne se retrouvent point sur l'aorte thoracique descendante ni sur l'aorte abdominale.

Les autres organes offrent les lésions de stéatose des septicémies aiguës. Le foie, modérément développé, a un éclat gras et une teinte jaune pâle : sur sa face convexe se voient quelques exsudats fibrineux disséminés : à la coupe, le parenchyme présente les caractères du foie muscade, avec dilatation des vaisseaux portes et dégénérescence graisseuse des cellules lobulaires.

Les reins, volumineux, ont également un éclat gras à la coupe, et leur substance corticale a subi la dégénérescence graisseuse.

La rate est grosse, congestionnée, et pèse 270 grammes ; elle n'offre aucun infarctus, non plus que le rein.

L'examen des viscères du petit bassin est absolument négatif. Bien que la porte d'entrée du virus ait été l'utérus, cet organe est absolument sain ; la muqueuse n'est ni fongueuse, ni ramollie ; les lymphatiques des ligaments larges ne sont pas suppurés ni

même dilatés ; les trompes et les ovaires n'offrent aucune altération appréciable ; il n'existe même pas d'adhérences pathologiques.

Les centres nerveux ont été soigneusement examinés et n'ont présenté rien d'anormal.

En résumé, voici une femme qui, après avoir subi une infection gonococcique, ne présente pas d'autres symptômes que ceux d'une métrite hémorragique en apparence bénigne ; bientôt, malgré un traitement local rationnel, des phémomènes infectieux diffus se produisent, une périarthrite suppurée d'abord, puis une fièvre hectique symptomatique de l'invasion du cœur et du péricarde. L'endocardite végétante est la seule lésion prédominante trouvée à l'autopsie ; encore reste-t-elle limitée à l'orifice aortique, sans s'étendre au reste du cœur gauche, et sans créer des infarctus septiques dans les différents viscères. Les altérations dégénératives des reins, du foie et de la rate, sont des lésions secondaires communes à toutes les grandes septicémies.

Il nous reste à démontrer que le gonocoque, doué d'une virulence singulière, a bien été l'agent pathogène qui a déterminé la mort de la malade. Cette étude a été faite complètement pendant la vie et après la mort, par M. Hallé, qui a consigné ses très intéressantes recherches dans les notes suivantes :

§ 1. — *Recherches bactériologiques faites sur le vivant.*

A. — *Examen du liquide utérin.* — Le 10 avril, dix-sept jours après le début des accidents, alors que les signes de métrite étaient à peine accusés, on pratique l'examen bactériologique du contenu de la cavité utérine. L'exploration du vagin et du col utérin, faite au moyen d'un spéculum plongé dans de l'eau bouillie, montre la parfaite intégrité de la muqueuse vaginale, de l'urèthre et de l'orifice des glandes de Bartholin.

On prélève dans l'intérieur de la cavité du col, avec une pipette stérilisée, un peu de liquide qui est examiné et ensemencé.

a) *Examen des lamelles.* — Le liquide, retiré à 2 centimètres de la cavité du col, est un liquide séreux, abolument transparent,

contenant à peine de mucus, quelques rares leucocytes et peu d'organismes. On trouve seulement quelques cocci isolés ou par deux, se colorant par le bleu de méthylène et ne prenant pas le Gram, à la façon du gonococoque. Il existe, de plus, quelques fins bacilles à peine colorés.

b) *Cultures aérobies.* — Elles sont faites parallèlement sur les milieux suivants :

Agar ordinaire,

Sérum de Wertheim,

Agar additionné de sang humain.

Au bout de deux jours d'étuve, les cultures permettent d'isoler à l'état de pureté et par ordre d'abondance :

1° Le gonocoque de Neisser ;

2° Un très fin diplobacille se colorant par le Gram et fréquemment signalé dans les cavités génitales de la femme.

c) *Cultures anaérobies.* — Elles sont faites sur agar sucré, en tubes profonds.

Ces cultures permettent d'isoler à l'état de pureté une espèce qui paraît exister seule dans le liquide. C'est un bacille qui abonde d'ordinaire dans les sécrétions génitales et qui forme l'élément pathogène habituel du pus des abcès de la glande vulvo-vaginale.

Il ressort de cet examen que, malgré l'absence des signes habituels de la blennorragie, la malade est véritablement atteinte de métrite gonococcique.

B. *Examen de la sérosité de l'œdème phlegmoneux du coude* (13 avril). — Après lavage de la peau au savon, au sublimé, puis, à l'alcool et à l'éther, on recueille, au niveau de la partie externe du coude gauche, avec une seringue de Straus stérilisée à l'autoclave, un centimètre cube du liquide séro-purulent infiltré autour de l'articulation.

a) *Examen des lamelles.* — Malgré plusieurs examens de lamelles, au milieu des leucocytes et de la fibrine très abondante de l'exsudat, il n'est pas possible d'apercevoir aucune forme microbienne.

b) *Cultures aérobies* (agar ordinaire, agar ascite, agar avec sang

humain). — On peut isoler d'emblée, à l'état de pureté sur tous ces milieux, des gonocoques de Neisser, et l'on ne rencontre aucune autre espèce microbienne associée.

c) *Cultures anaérobies* (agar sucré en tubes profonds). — Les tubes restent stériles.

d) *Inoculation du gonocoque isolé de l'œdème du coude.* — 1° Le 16 avril, inoculation de quatre divisions de la seringue de Straus, préalablement stérilisée, dans le péritoine d'une souris, avec une des cultures de gonocoques datant de quarante-huit heures développée sur tube d'agar ascite.

Le 17 avril, la souris meurt.

Pas de péritonite purulente, mais sérosité abondante dans le péritoine. Le sang du cœur, ensemencé, ne donne pas de culture de gonocoques : l'examen du liquide péritonéal et les cultures faites avec le péritoine donnent, au contraire, un beau développement de gonocoques.

2° Le 17 avril, inoculation dans le péritoine d'une souris d'une culture de gonocoques datant de vingt-quatre heures, provenant de l'autopsie de la souris précédente.

Deux heures après l'inoculation, la souris est mourante. L'autopsie, le lendemain, ne rélève pas plus de lésions que le cas précédent ; mais les cultures faites avec le péritoine sont toutes positives.

Conclusion : L'œdème phlegmoneux du coude contient, à l'état de pureté, le gonocoque de Neisser, et celui-ci est particulièrement virulent, puisqu'il tue les souris en quelques heures (1).

C. *Examen du sang pendant la vie.* — Le 27 *avril*, après avoir pris les précautions ordinaires (lavages de la peau au sublimé

(1) Parmi les animaux en grand nombre, lapins, souris, cobayes, que nous avons inoculés avec des cultures de gonocoques, ces deux souris font exception à la règle habituelle, car les inoculations de gonocoques aux animaux sont presque toujours sans effet.

Comme, en inoculant les souris, on injectait toujours une certaine quantité du liquide ascitique servant à la fabrication de l'agar, il y avait lieu de se demander si ce liquide n'était pas toxique pour les souris. Des expériences de contrôle nous ont montré que, injecté dans le péritoine des animaux, même en grande quantité, le liquide ascitique n'était pas toxique.

et à l'alcool), on retire un centimètre cube de sang de la veine médiane céphalique.

L'examen sur lamelles ne montre pas d'organismes.

Les ensemencements faits sur dix tubes de Wertheim, dont le liquide est ensuite réensemencé au bout de vingt-quatre heures sur d'autres tubes, ne donnent lieu à aucun développement d'organismes.

§ 2. *Recherches bactériologiques aussitôt après la mort.*

Le 5 *mai*, moins de deux heures après la mort, nous recueillons, après cautérisation de la peau, avec de fortes pipettes, les liquides suivants :

*a*) Trois pipettes, enfoncées peu profondément, ramènent du liquide péricardique séro-fibrineux, avec quelques petits caillots et des flocons de fibrine.

*b*) Une pipette, dirigée vers l'oreillette gauche, ramène du sang très noir, contenant un nombre considérable de leucocytes.

*c*) Une prise dans la partie inférieure de l'aisselle ramène un liquide séreux contenu dans la plèvre.

Malgré de nombreux examens sur lamelles de tous ces liquides, faits le jour même ou au bout de douze heures d'étuve ; malgré des ensemencements très abondants, faits sur une vingtaine de tubes, propres au développement du gonocoque, il a été impossible de déceler aucune espèce d'organisme dans ces liquides. Les ensemencements anaérobies sont également restés stériles.

§ 3. *Recherches bactériologiques au moment de l'autopsie* (6 mai), *vingt-trois heures après la mort.*

*a*) On prélève du liquide pleural, du liquide péricardique et du sang du ventricule gauche. Ces différents liquides sont examinés sur de nombreuses lamelles, sans déceler aucun organisme. Ayant été ensemencés la veille, ils ne sont pas réensemencés.

*b*) *Examen des végétations aortiques.* — *α. Examen sur lamelles.* — Les examens sur lamelles de petis fragments de végétations fibrineuses écartées, montrent après coloration, des organismes abondants, semblant appartenir à une seule espèce microbienne

et formés de cocci et de diplococci, de taille un peu inégale, ne gardant pas le Gram, et ayant tous les caractères du gonocoque.

D'autres frottis, faits avec des fragments de caillots, adhérents à la face ventriculaire des valvules sigmoïdes malades, montrent des leucocytes en grande abondance, au milieu des hématies, et quelques diplocoques, offrant les caractères des gonocoques.

β. — *Cultures.* — Plusieurs petits fragments des végétations aortiques, prélevés sur la valve répondant à l'orifice de la coronaire postérieure, sont recueillis avec toutes les précautions antiseptiques, de façon à obtenir seulement des échantillons venant de la profondeur des végétations. On les introduit dans des tubes stérilisés, et on les ensemence après trituration préalable.

Plusieurs tubes d'agar ascite de Wertheim sont ensemencés par dilution successive.

Les tubes à semence très diluée restent stériles. Les autres montrent, au bout de vingt-quatre heures, de très petites colonies qui le lendemain offrent tous les caractères des colonies des gonocoques.

Ces colonies sont en assez petit nombre sur chaque tube, 15 à 20 environ.

L'examen des colonies, les réensemencements sur différents milieux, l'aspect des organismes, etc., permettent d'identifier absolument le diplocoque contenu dans les valvules au gonocoque de Neisser (1).

γ. — *Inoculations.* — Le gonocoque isolé des végétations aortiques n'a pas présenté la virulence inaccoutumée de l'échantillon recueilli au niveau de l'œdème du coude.

c) *Examen des plaques jaunâtres de la crosse de l'aorte.* — Plusieurs frottis fait en raclant le fond des petites plaques jaunâtres de la crosse de l'aorte ont montré, au milieu des leucocytes, des

(1) Actuellement (10 octobre 1897) le gonocoque retiré de cette endocardite est encore vivant, grâce à des ensemencements répétés environ tous les six jours sur milieu de Wertheim (agar ascite).

diplocoques ne gardant pas le Gram, identiques au gonocoque. Ces plaques n'ont pas été ensemencées.

a) *Examen des plaques fibrineuses du péricarde viscéral.* — Les frottis faits avec de petites plaques fibrineuses siégeant à la partie postérieure du cœur montrent quelques rares cocci identiques aux précédents, et pas d'autres organismes.

e) *Examen bactériologique du contenu utérin.* — L'utérus enlevé dix-sept heures après la mort, est ouvert avec toutes les précautions antiseptiques. Il est vide et paraît absolument sain. Les frottis obtenus avec le raclage de la muqueuse montrent seulement quelques rares leucocytes et des cellules épithéliales. On ne peut même pas colorer d'organismes au milieu de ces éléments. Pas d'ensemencement.

Le rein, la plèvre, la rate, les exsudats fibrineux péritoniques n'ont été ni examinés, ni ensemencés.

§ 4. — *Recherches histologiques et bactériologiques sur des coupes minces* (1).

Ces recherches ont porté ;

Sur plusieurs fragments de valvule sigmoïde aortique ; sur un fragment d'endocarde un peu au-dessus de la valvule ; sur un fragment de péricarde ; sur une plaque de l'aorte ; enfin, sur des fragments de rein, d'utérus et de plèvre.

*a*) *Histologie de la valvule sigmoïde.* — Trois fragments ont été étudiés ; l'un au point d'insertion de la valvule, l'autre dans son épaisseur, le troisième au niveau du bord libre et des végétations qui y sont adhérentes. Voici le résumé des lésions constatées :

L'endocarde présente des lésions inflammatoires qui se retrouvent sur l'endocarde ventriculaire gauche. L'augmentation d'épaisseur de la séreuse et son infiltration par les éléments embryonnaires s'accentuent beaucoup à mesure que l'on se rappro-

(1) Ces pièces ont été fixées et durcies par l'alcool ou le sublimé, et montées à la paraffine. Nous nous sommes surtout servi pour colorer les gonocoques dans les coupes, du bleu de Lœffler qui nous a donné de meilleurs résultats que toutes les autres méthodes. Les préparations les plus nettes ont été obtenues par une déshydratation rapide de la coupe, avec adjonction d'un peu d'éosine pour colorer la fibrine.

che de la valve elle-même. Déjà avant d'arriver à l'union de la valve sigmoïdienne avec la paroi, il devient difficile de discerner nettement les limites de l'endocarde. La fibrine envahit et infiltre tout le tissu, dissociant les mailles conjonctives. L'infiltration embryonnaire se fait d'une façon irrégulière et en certains points les leucocytes forment des amas ou des bandes serrés, véritables petits abcès en miniature.

Le myocarde n'est pas moins altéré. L'inflammation s'étend à plusieurs millimètres de profondeur et augmente à mesure que l'on se rapproche de la valve malade. Les fibres musculaires dissociées sont même, en certains points, à peine reconnaissables.

Nous n'avons pas vu sous le microscope d'organismes dans l'endocarde ventriculaire. Mais près de la valvule, on constate dans les points où les leucocytes forment des amas, des cocci groupés en diplocoques et ayant tous les caractères distinctifs et toutes les réactions des gonocoques.

Ces organismes existent, mais en petit nombre, dans le myocarde et seulement dans les couches superficielles contiguës à la valvule. Il ne s'agit là que d'une extension du processus infectieux de l'endocarde vers le myocarde.

Ils sont infiniment plus nombreux, par contre, dans les coupes intéressant le milieu de la valvule, et passant en plein tissu de végétations. On retrouve en effet difficilement la structure de la valvule, tant les lésions inflammatoires sont accentuées. Ce qui domine, ce sont des masses de fibrine formant un réseau qui enserre des groupes de leucocytes, de véritables petits abcès collectés. En ces points, les noyaux de ces leucocytes ne sont plus colorables et les gonocoques y fourmillent. Ils sont d'autant plus faciles à constater qu'ils dessinent des traînées dans des masses fibrineuses presque dépourvues de leucocytes.

Même aspect, plus saisissant encore, dans les coupes faites au milieu des végétations fibrineuses les plus superficielles. Là plus de structure fibreuse ; c'est de la fibrine pure, englobant quelques amas de leucocytes, quelques bandes de cellules à noyaux bien colorés, enfin de rares hématies. Les micro-organismes pullulent dans ces végétations : ils y constituent de vérita-

bles amas, se présentent sous forme de bandes, de véritables rubans microbiens atteignant près d'un millimètre d'épaisseur et constitués exclusivement de gonocoques.

Il est à remarquer que le centre des végétations renferme relativement peu d'organismes, constituant de petits îlots assez pauvres : çà et là, entre les mailles fibrineuses, se voient des organismes isolés, se colorant mal pour la plupart.

Le fait absolument caractéristique, c'est la présence exclusive du gonocoque dans les végétations. Nulle part il n'existe de microbes en chaînettes, se colorant par le Gram : tous ont l'aspect morphologique du gonocoque et ses réactions chimiques : ils se décolorent dans la coupe traitée par la méthode de Gram. Leur maximum de concentration siège tout près de la surface des végétations et, en ce point, ils forment une bande assez épaisse pour que, colorés par le bleu de Lœffler, ils soient aisément visibles à l'œil nu. L'absence presque complète de leucocytes à ce niveau fait de ces préparations une véritable culture pure de gonocoques.

b) *Histologie du péricarde.* — Elle peut se résumer en quelques mots. Le feuillet viscéral présente des lésions inflammatoires diffuses avec infiltrations de cellules rondes. Les vaisseaux sous-jacents sont très congestionnés. Les organismes n'y sont pas fréquents ; nous en avons pourtant rencontré d'indiscutables sur une coupe, présentant les caractères déjà énoncés du gonocoque.

c) *Une plaque athéromateuse de l'aorte* a été sectionnée et examinée sur de nombreuses préparations. Nous n'avons pas retrouvé d'organismes sur les coupes, ni dans la profondeur des tissus.

d) *Plèvre.* — Un petit fragment de la plèvre gauche, examiné, nous a montré des lésions très nettes de pleurésie fibrineuse. Nous n'avons pu déceler d'organisme dans les coupes de ce fragment.

e) *Reins.* — Les coupes du rein nous ont montré seulement des altérations douteuses. Il n'existait pas d'infiltration embryonnaire, pas de lésions de néphrite interstitielle, pas d'organismes sur les coupes.

f) *Utérus.*— Il en a été de même de l'utérus. Les coupes de cet organe ne décèlent aucune altération de la muqueuse, sauf un certain degré de congestion. Nous n'avons pas trouvé d'organismes.

Cette observation nous paraît présenter un réel intérêt au point de vue de l'histoire clinique et bactériologique de l'infection gonococcique.

Elle nous montre, en effet, le gonocoque provenant vraisemblablement d'une infection déjà lointaine, et cantonné dans le col de l'utérus, à l'exclusion du vagin et de l'urèthre, ses localisations habituelles. Ce siège anormal du microbe infectieux a contribué à égarer au début le diagnostic, et a imprimé à la symptomatologie de l'affection, un caractère tout à fait insolite. Les signes physiques étaient, en effet, ceux d'une métrite insignifiante, alors que l'état général était celui d'une septicémie grave. L'examen seul du liquide utérin, en décelant la présence du gonocoque, a révélé la nature du mal : l'apparition rapide de l'œdème phlegmoneux du coude est venue confirmer le diagnostic, et montrer en même temps la virulence singulière de ce microbe en général bénin.

Une fois la périarthrite incisée et l'œdème disparu, la persistance de la fièvre hectique, des frissons et des nausées ont démontré la pullulation dans le sang, de l'agent infectieux, et fait pressentir l'imminence d'une endocardite végétante, que nous avons pu reconnaître et suivre jour par jour jusqu'à la mort de la malade. Cliniquement, toutes les étapes de l'infection ont été notées avec la précision d'une véritable expérience, qui s'est déroulée sous nos yeux, pendant six semaines.

Anatomiquement, le fait actuel ne nous semble pas moins important, en ce sens qu'il lève tous les doutes relativement à la réalité de l'endocardite blennorragique.

La clinique, sur ce point, avait déjà précédé les études de laboratoire. On savait que, dans des formes graves de blennorragie, le cœur peut se prendre, au même titre que dans les autres maladies virulentes. Mais il était admis jusqu'à présent que, dans ces cas exceptionnellement graves, la gonocoque n'agissait pas seul, et qu'il était associé à d'autres espèces microbiennes de viru-

lence supérieure. C'est à cette opinion que Morel et Dérignac, en 1894, s'étaient ralliés ; c'est également la conclusion du travail de His, qui, sur deux sujets morts d'endocardite ulcéreuse au cours d'une blennorragie, avait trouvé simultanément le diplocoque de Neisser et des streptocoques.

L'observation qui précède met hors de doute la réalité de l'endocardite infectieuse due au seul gonocoque. Grâce à la précision des recherches de M. Hallé, nous avons pu constater, pendant la vie de la malade, que les sécrétions utérines, aussi bien que la sérosité de l'œdème, renfermaient un seul et unique organisme, le gonocoque, dont la virulence a été démontrée par les cultures et les inoculations successives. D'autre part, après la mort, nous avons pu retrouver le même organisme dans le cœur, dans la plèvre, dans le péricarde, partout où existaient des lésions inflammatoires : nous avons vu notamment que les végétations de l'endocarde en étaient presque exclusivement constituées. Or, dans toutes ces lésions, partout le gonocoque s'est montré avec son caractère constant et sa morphologie spéciale : nulle part il n'existait d'association microbienne. C'est, à ma connaissance, le premier cas où cette double recherche a été poursuivie anatomiquement et expérimentalement avec un résultat aussi précis et aussi démonstratif.

Un seul point reste obscur dans cette observation : c'est la cause en vertu de laquelle le gonocoque, chez cette femme, a pris tout à coup une virulence si particulière. Il ressort, en effet, de l'observation que l'infection gonococcique n'était pas de date récente : le fait même que le vagin et l'urèthre, porte d'entrée habituelle du virus, étaient épargnés, le prouve. Pourquoi cet organisme, d'ordinaire bénin, sinon inoffensif, a-t-il déterminé, en quelques semaines, une infection si générale et si grave, c'est ce que nous ne saurions dire. Nous nous sommes demandé si les préoccupations morales de cette femme, attristée par la mort récente de sa mère et incertaine de l'avenir de ses deux enfants, n'avaient pas contribué à créer chez elle des conditions de réceptivité spéciale ; mais ceci est du domaine de l'hypothèse et nous ne voulons pas y insister. (*Bul. et mém. de la Soc. méd. de Paris.*)

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

*Séance du 7 décembre 1897.*

### LA MÉNOPAUSE ET LE REIN.

M. André Petit rapporte une observation confirmant les conclusions énoncées par M. Legendre dans la dernière séance. Une femme de 39 ans, atteinte d'une double lésion mitrale, avec myocardite, néphrite albumineuse, présente des paroxysmes de dyspnée et des troubles asystoliques à chaque époque menstruelle ces paroxysmes augmentent de gravité depuis que les règles diminuent. La digitaline et la théobromine sont sans action dans ce cas ; la saignée, au contraire, suivie d'injections de sérum artificiel, ont enrayé les accidents.

(*La Méd. moderne.*)

---

*Séance du 10 décembre 1897.*

### LA MÉNOPAUSE ET LE REIN.

M. Le Gendre relate un certain nombre d'observations qui prouvent que la suppression des règles a quelquefois pour effet d'entraver l'excrétion urinaire en provoquant une légère congestion rénale. Cette congestion s'accompagne d'une albuminurie ou d'une hématurie passagère, de douleurs lombaires, de vomituritions, de céphalalgie, etc. Ces accidents doivent être combattus par des émissions sanguines et par une médication diurétique (lait et théobromine).

C'est surtout chez les femmes présentant les attributs du neuro-arthritisme que la suppression des règles retentit d'une façon fâcheuse sur l'appareil urinaire.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

*Séance du 8 décembre 1897.*

### DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE POUR FIBROMES.

M. Ricard. — Dans la question de l'hystérectomie abdominale

totale pour fibromes, deux côtés me semblent devoir être envisagés : l'un ayant trait aux méthodes opératoires elles-mêmes, l'autre aux détails de leur technique.

Or, il ressort nettement de la discussion en cours, que l'hystérectomie abdominale totale est devenue le procédé de choix dans la cure chirurgicale des fibromes et que tous les procédés à pédicule rentré ou à pédicule sorti ne sont plus que des procédés d'exception ou de nécessité imposés par des circonstances anormales et imprévues.

Quant aux détails de technique, il n'y a que deux procédés d'hystérectomie abdominale totale : l'un sans hémostase préalable ; l'autre avec hémostase comme premier temps opératoire.

Dans le premier de ces procédés, le chirurgien va droit à l'utérus sans s'inquiéter des artères, et, le ventre ouvert, le vagin incisé, l'utérus est saisi, attiré, décollé de son péritoine comme un animal qu'on dépouille de sa peau. L'hémostase se fait ensuite.

Ce procédé appartient en propre au Dr Doyen. Il est rapide, brillant, mais s'adresse surtout aux fibromes simples, mobiles, sans enclavement, sans complication, à ceux, en un mot, qu'on aime à enlever en public.

L'autre catégorie comprend tous les procédés où le chirurgien a préalablement recours à l'hémostase avant de procéder à l'extirpation de l'utérus. Qu'on attaque l'utérine en avant, comme M. Richelot le propose ; en arrière, comme le veulent quelques chirurgiens ; sur les côtés, d'après la méthode américaine ; peu importe. Ce ne sont là que des sous-procédés sans importance aucune, chaque chirurgien arrivant à avoir sa technique un peu particulière dès qu'il a pratiqué, un certain nombre de fois, une même opération.

Ceci dit, le procédé qu'est venu nous faire connaître M. Richelot est excellent par lui-même, mais a besoin d'être à chaque instant modifié suivant les variétés de forme, de volume et de siège des fibromes. S'adressant aux fibromes schématiquement simples, il ne vaut pas mieux que les autres procédés d'hystérectomie avec hémostase préalable à la suite desquels il vient se classer, en son temps.

Enfin, si l'on réserve l'hystérectomie pour annexites aux cas graves, qu'on ne juge pas justiciables de l'hystérectomie vaginale, ou de la simple salpingectomie, je ne vois encore, pour

l'exécution de l'opération, que des règles générales ; les petits détails devant être à chaque instant modifiés suivant l'infinie variété des lésions. Et, jusqu'à plus ample informé, ma conduite sera la suivante :

Le ventre ouvert, aller à l'utérine, du côté le moins atteint, par la voie la plus rapide et la plus sûre, quelle qu'elle soit. L'utérine liée, ouvrir le vagin, faire basculer l'utérus latéralement, prendre l'autre utérine par en dessous et ensuite décortiquer de bas en haut ; l'utérus entraînant les lésions annexielles et rendant, comme M. Richelot l'a fort bien vu, la décortication beaucoup plus facile.

C'est dire que ce procédé américain doit nous servir de guide, quitte à nous en écarter plus ou moins suivant les cas particuliers. Il est incontestable, d'ailleurs, que la technique actuelle n'en est qu'à ses premiers essais, et qu'il appartient à l'avenir de la perfectionner.

M. Peyrot. — Pendant quelques années, j'ai fait l'hystérectomie avec pédicule perdu. J'ai ainsi opéré 11 malades avec 9 guérisons et 2 morts. Un peu plus tard, ce n'est d'abord qu'accidentellement, que j'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale totale, mais depuis 1895 j'y ai eu recours dans 23 cas : deux de ces opérées seulement sont mortes. Le procédé que j'emploie est le suivant : après avoir posé une ligature sur l'utérus et lié le ligament large, je décolle la vessie, j'incise le vagin et, sans m'occuper de l'utérine, sur laquelle je place une pince, si elle saigne, je libère complètement, en répétant de l'autre côté les mêmes manœuvres. Je dois ajouter que dans certains cas spéciaux (gros fibromes et fibromes enclavés) il est nécessaire de modifier cette technique suivant les nécessités. (*Bull. méd.*)

---

*Séance du 15 décembre 1897.*

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.

M. Poirier. — Le procédé que préconise M. Richelot est tout à fait analogue à celui que j'ai décrit en 1896 au Congrès de chirurgie (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 437), après avoir eu plusieurs fois l'occasion de l'appliquer avec succès.

Ce procédé, qui présente de réels avantages dans un assez grand nombre de cas, ne convient cependant pas à tous.

Dans la discussion à laquelle a donné lieu la communication de M. Richelot, on a, à plusieurs reprises, appliqué à l'hystérectomie abdominale totale le nom de procédé de choix. Je crois que cette dénomination revient plutôt à l'hystérectomie sus-vaginale, avec pédicule réduit, cette opération étant infiniment plus facile, moins longue et moins dangereuse que l'hystérectomie abdominale totale.

M. Tuffier. — J'ai été un des premiers, en 1895, avec M. Ricard, à défendre l'hystérectomie abdominale totale. Depuis cette époque, j'ai continué à pratiquer cette opération, mais je suis cependant resté fidèle à l'hystérectomie vaginale pour les petits fibromes, ainsi qu'à la castration ovarienne pour certains cas dans lesquels il convient de ne faire ni l'hystérectomie abdominale totale, ni l'hystérectomie vaginale ; enfin il est des circonstances dans lesquelles on peut se contenter de recourir aux ligatures atrophiantes.

En ce qui concerne l'hystérectomie abdominale, je suis partisan de l'hystérectomie totale vraie, et je la réalise en assurant l'hémostase avant d'ouvrir les culs-de-sac vaginaux, chaque fois que cela est possible. Dans cette intervention, l'artère utérine est quelquefois difficile à lier, et souvent je me suis bien trouvé de pratiquer pour cette artère la vasotripsie à l'aide d'une forte pince, ce qui m'a permis de faire tout récemment encore une hystérectomie abdominale totale sans la moindre ligature. J'ajoute que je ne ferme jamais le vagin, qui constitue une excellente voie de drainage. Enfin je conserve systématiquement les annexes de l'utérus, quand cela ne présente aucun inconvénient ; le récent travail de M. Jayle sur les résultats éloignés des opérations utéro-annexielles prouve suffisamment qu'il n'est pas indifférent de laisser à leur place les ovaires et les trompes, lorsqu'il n'y a pas d'indication à les enlever.

M. Reclus. — Je suis du même avis que M. Tuffier relativement à l'utilité de la conservation des annexes, que je n'extirpe que le moins possible dans l'hystérectomie abdominale totale.

Quant à l'artère utérine, je crois qu'on s'en préoccupe beaucoup trop, et je suis étonné qu'on ait tant insisté sur la façon de la traiter.

M. Richelot. — De la discussion qui a pris naissance à l'oc-

casion de ma communication, il ressort nettement que, par suite des progrès successifs de la technique de l'hystérectomie abdominale totale, nous employons tous aujourd'hui des procédés très analogues, ne différant entre eux que par des nuances.

C'est ainsi que, en réalité, appliqué aux fibromes utérins, mon procédé ressemble beaucoup à celui de Kelly, auquel se sont ralliés la plupart des chirurgiens américains et dont M. Segond nous a vanté les avantages (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 280). Il n'en diffère que par le mode de traitement d'un des ligaments larges, que je sectionne de haut en bas, tandis qu'on le sectionne de bas en haut dans le procédé américain. Je n'en persiste pas moins à penser que mon opération se recommande par sa grande simplicité et par la suppression de tout ce qu'il est inutile de faire.

Dans le traitement des suppurations pelviennes, je me rapproche formellement du procédé américain. Après avoir dégagé le col utérin en avant, j'attaque autant que possible, en effet, les ligaments larges de bas en haut, de façon à border les poches purulentes par leur déclivité et à fuir les adhérences intestinales supérieures.

Si je ferme le vagin en terminant l'opération, c'est surtout pour faciliter l'hémostase. Je ne le fais d'ailleurs que dans les cas aseptiques, où le drainage est inutile.

M. Reynier m'a reproché la trop longue durée de l'acte opératoire. Or l'ablation de l'utérus par mon procédé peut se faire en six ou sept minutes, et j'exécute souvent l'opération entière en vingt-cinq minutes.

(*La Semaine méd.*)

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

*Séance du 22 novembre 1897.*

### RESPIRATION STRIDULEUSE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

M. Herzfeld. — Je vous présente un enfant âgé de cinq mois, chez lequel il existe à chaque inspiration un bruit striduleux accompagné d'une dépression marquée au-dessus du sternum. Cet enfant est issu de parents sains, indemnes de syphilis et de

tuberculose ; lui-même ne présente aucun signe de rachitisme, ni de tétanie.

Cette affection n'a rien de commun avec le laryngospasme typique des enfants, qui n'est jamais congénital. Elle reconnaît quelquefois des causes mécaniques : adhérences des cordes vocales inférieures, tuméfaction du thymus ou des ganglions bronchiques.

Des médecins anglais ont prétendu que dans ces cas l'épiglotte était recroquevillée de manière à réduire au minimum l'orifice du larynx.

Pour J. Thompson, au contraire, la déformation de l'épiglotte est la conséquence et non la cause du trouble respiratoire : celui-ci serait dû à une altération de la coordination des muscles laryngiens et pectoraux.

D'autres auteurs admettent que ce bruit striduleux provient d'une lésion du centre cérébral de la respiration.

Chez mon petit malade, les bords de l'épiglotte ne sont nullement recourbés en dedans, non plus que les replis aryténo-épiglottiques, les cordes vocales inférieures fonctionnent normalement, et je crois qu'il faut admettre l'existence d'une lésion nerveuse centrale.

Le pronostic de cette affection me semble bénin : chez la plupart des enfants qui en ont été atteints, elle a disparu spontanément au bout de quelques mois ; ceux qui sont morts ont succombé à des affections intercurrentes.

(*La Semaine médicale.*)

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

*Séance du 4 décembre.*

### PRÉSENCE DANS L'URINE DE FEMMES ECLAMPTIQUES D'UNE ALBUMINE OFFRANT UNE RÉACTION SPÉCIALE.

MM. F. Bar, A. Menu et R. Mercier. — L'examen méthodique des urines de trois femmes éclamptiques, pratiqué à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, nous a conduit aux conclusions suivantes :

1° Chez des femmes ayant des accès éclamptiques ou chez des albuminuriques en imminence d'accès, on peut observer à ce

moment des urines contenant beaucoup d'albumine ; mais celle-ci est soluble en totalité ou en majeure partie en présence de très faibles quantités d'acide acétique.

2° Par ce caractère, cette albumine se distingue d'autres albumines qu'on trouve chez les albuminuriques et notamment de la sérine ; elle se rapproche de celle signalée par M. Patein (Académie des sciences, 1895).

3° Chez les femmes que nous avons observées, nous avons pu constater qu'au moment des accès ou à la période prémonitoire de ceux-ci, l'urine contenait exclusivement, ou presque, cette albumine particulière. Peu à peu la proportion dans laquelle elle se trouvait diminuait, et finalement elle disparaissait totalement ou à peu près.

---

### L'ACIDE LACTIQUE COMME MOYEN DE TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE ET DE LA VAGINITE.

La réaction normale des produits de sécrétion du vagin étant acide par suite de leur teneur en acide lactique, certains auteurs admettent que ce produit chimique joue le rôle d'un antiseptique naturel en empêchant le développement des saprophytes et des microbes pathogènes variés qui pullulent dans la cavité vaginale. Partant de cette hypothèse, M. le docteur Snéguirev, professeur de Gynécologie à la Faculté de médecine de Moscou, s'est demandé si l'acide lactique, employé sous forme d'injections vaginales et de badigeonnages du col et de la cavité de l'utérus, ne pourrait pas exercer une action thérapeutique dans les cas de vaginite et d'endométrite. Pour vérifier le fait, il engagea son assistant, M. le docteur V. Ilkévitch, à instituer dans ce sens une série d'essais cliniques, lesquels ont donné un résultat positif.

Il a été reconnu que les lavages avec une solution d'acide lactique à 3 % dans la leucorrhée vaginale ont pour effet de supprimer la mauvaise odeur de l'écoulement et sa coloration verte ou jaune, puis de tarir la leucorrhée. D'autre part, les badigeonnages du col de l'utérus et de la muqueuse intra-utérine avec de l'acide lactique étendu de moitié d'eau ou employé pur, provoquent une desquamation abondante de l'épithélium de l'utérus et amènent la guérison de l'endométrite et de la métrite cervicale avec ectropion.

Un point bien établi par les essais faits à la clinique de M. Snéguirev et qu'il y a lieu de mettre en relief à cause de son importance pratique, c'est que les applications d'acide lactique peuvent être faites sans inconvénient non seulement à l'hôpital, ou au domicile des malades, mais aussi dans le cabinet du médecin, et cela même dans les cas compliqués de salpingo-ovarite.

(*La Semaine médicale.*)

---

# REVUE DE LA PRESSE

## INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT SUR LES MALADIES NERVEUSES QUE PRÉSENTENT ULTÉRIEUREMENT LES ENFANTS ET EN PARTICULIER SUR LA MALADIE DE LITTLE OU SUR DES ÉTATS ANALOGUES.

M. Verrier (Passy) propose une nouvelle classification, où il fait rentrer toutes les maladies nerveuses infantiles suites d'accouchement. La première classe comprend tous les traumatismes et les paralysies infantiles obstétricales de Duchenne ; la deuxième classe, les maladies nerveuses d'origine infectieuse et toxique provenant de la mère, du père et de l'enfant ; la troisième classe, celles d'origine intra-utérine, ou se produisant au moment de l'accouchement.

Il conclut à introduire dans le cadre qu'il a tracé la paralysie spasmodique infantile, *on spastic rigidity* de Little, ainsi que les origines de certaines syringomyélies, dues à des hématomyélies traumatiques survenues au moment de l'accouchement.

Mais il insiste sur l'insufflation de bouche à bouche ou avec le tube de Chaussier, qu'il accuse de produire des accidents toxiques par l'envoi, dans les poumons de l'enfant, d'acide carbonique, qui ne serait pas sans influence sur les spasmes paralytiques des nouveau-nés, et qu'il range pour cette raison dans sa deuxième classe. Enfin, M. Verrier soutient la théorie de M. Raymond pour le diagnostic clinique de la maladie de Little. 1° Etat spasmodique limité aux membres inférieurs ; 2° troubles de la sensibilité avec anesthésie dissociée ; 3° troubles du côté des sphincters ; 4° naissance en état d'asphyxie par suite des difficultés de l'accouchement.

Si tout le monde est d'accord sur ce syndrome, on n'aura pas de peine à s'entendre sur le diagnostic anatomique. Malheureusement, il

n'en est pas ainsi, et l'on a souvent pris des affections spasmo-paralytiques de l'enfance pour la maladie de Little vraie. D'où, les uns, avec M. Pierre Marie, assignent à la maladie de Little l'arrêt de développement du faisceau pyramidal ou sa dégénérescence, et, comme condition étiologique, la naissance avant terme, sans qu'il soit besoin d'y ajouter les difficultés de l'accouchement. Les autres, avec M. le prof. Raymond, prétendent que le fait d'être né avant terme n'est pour rien dans le développement de la maladie de Little ; la production d'une lésion cérébrale antérieurement à la naissance ou au moment d'une naissance laborieuse est tout. M. Verrier se range à cette opinion et ajoute que l'insufflation par suite de l'asphyxie, notée par Little lui-même, est aussi un facteur important dans la production de la lésion cérébrale, et conclut à ranger la maladie de Little dans la troisième classe de sa classification.

---

# BIBLIOGRAPHIE

—

I. **Etude pathologique et thérapeutique sur le rhumatisme, la goutte, l'arthrite déformante**, par le Dr E. L. Gros. Paris, 1897.

II. **Diagnostic, pronostic et traitement de la paralysie spinale de l'enfance au moyen de l'électricité**, par le Dr J. Larat. Paris, 1897.

III. **Etude générale des bains de boues et des applications locales des boues**, par le Dr Maurice Delmas. Dax, 1897.

IV. **Traitement hydrothermal de la goutte et du rhumatisme**, par le Dr René Brulard (de Dijon).

V. **Etude sur l'appendicite, son traitement par les eaux de Châtel-Guyon**, par le Dr L. Vibert. Paris, Masson.

VI. **Encombrement et dépréciation de la profession médicale**, par le Dr Grellety. Mâcon, 1897.

VII. — **Traitement immédiat des dents mortes**, par Oscar Arnoëdo, 1897.

VIII. **Les dermatoses arsenicales (étude clinique)**, par le Dr Méneau (de la Bourboule). (Extrait des *Annales de dermatologie*.)

IX. **Sur une méthode rapide et facile d'analyse du gaïacol et des créosotes du commerce**, par Adrian. Paris, 1897.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**147. — Sur l'emploi du camphre comme médicament antigalactologue.** (Alph. HERRGOTT. *Société de médecine de Nancy*, décembre 1896.) — On sait combien parfois il est difficile de tarir la sécrétion lactée, quand, pour une cause ou pour une autre, le médecin est obligé de supprimer l'allaitement.

Il y a quelques années, en 1890, Pyan Tennisson publiait, dans le numéro du 18 octobre du *British medical Journal*, les bons effets obtenus avec l'antipyrine comme antigalactologue. Malheureusement les résultats obtenus par d'autres expérimentateurs n'ont pas toujours été aussi satisfaisants. M. A. Herrgott a employé plusieurs fois l'antipyrine comme moyen antigalactologue sans parvenir à tarir la sécrétion du lait.

Pour arriver au but proposé on a été obligé d'augmenter notablement les doses d'antipyrine ; il y avait alors une transpiration abondante de nature à diminuer la quantité du lait. Mais l'antipyrine ainsi employée à fortes doses n'est pas sans présenter de véritables dangers ; aussi le professeur Herrgott y a-t-il renoncé comme antigalactocogue.

Le médicament que M. A. Hergott emploie est le camphre, et les résultats obtenus sont tout à fait de nature à en recommander l'usage.

Il le prescrit à la dose de 60 centigrammes par jour, en trois fois, par cachets de 20 centigrammes, et cela pendant trois jours. Dans une trentaine de cas où le camphre a été employé dans ce but, la sécrétion a presque toujours diminué d'une façon tout à fait remarquable.

*

**148. — Efficacité des injections de sérum artificiel dans un cas d'hémorrhagie grave due à une insertion vicieuse du placenta.** (M. SCHUHL. *Société de médecine de Nancy*, 13 janvier 1897.) — Il s'agit d'une femme enceinte pour la 11e fois, qui fut amenée à la Maternité, dans un état très grave d'anémie. On reconnaît l'existence d'une insertion vicieuse du placenta ; le

col a toute sa longueur, le fœtus est vivant. Un tamponnement vaginal est appliqué, on fait une injection sous-cutanée de 360 cent. cubes de sérum artificiel, une injection de caféine, d'éther.

Tous ces moyens n'améliorent pas l'état de la malade, dont la mort paraît imminente. Une injection intra-veineuse de 500 cent. cubes de sérum artificiel produit une amélioration notable que d'autres injections de sérum (820 cent. cubes en 4 injections), pratiquées sous la peau ont encore accentuée.

Le tampon vaginal est retiré 15 heures après son application ; le col est alors à peu près effacé, la dilatation de l'orifice utérin est un peu plus grande qu'une pièce de deux francs ; le fœtus se présente par le sommet.

On rompt largement les membranes, mais l'hémorrhagie se reproduit. L'orifice utérin étant dilatable, on extrait par la version un fœtus vivant pesant 2990 gr. Les suites de couches ont été normales.

***

**149. — Massage et troubles urinaires liés aux déviations utérines.** (E. Monod. *Annales de la Policlinique de Bordeaux*, novembre 1896.) — M. le Dr Monod expérimente depuis deux ans le massage gynécologique. Il a fait uniquement porter cet essai thérapeutique sur un type clinique bien défini, très simple, et se prêtant parfaitement à l'étude. Il s'agit de femmes plutôt jeunes, multipares le plus souvent, qui accusent, avec une sensation de poids dans le bas-ventre, une extrême fréquence de la miction, nocturne et diurne, accompagnée ou non de sensation de brûlure et de dépôt dans les urines. Les symptômes vésicaux dominent la scène morbide. A l'examen, on découvre comme unique lésion l'existence d'une déviation utérine, le plus souvent d'une antéversion. Il s'y joint fréquemment, mais non constamment, un degré variable de prolapsus de l'utérus et des parois vaginales. Tous ces cas, au nombre de 11, ont été soumis au massage direct comme unique traitement. Les 11 malades ont été guéries au bout d'un nombre de séances qui a varié de dix à trente, à raison de trois séances d'une dizaine de minutes par semaine. Toutefois, la correction de la déviation utérine, obtenue par le massage, est restée généralement incomplète ; il ne saurait donc être question de guérison absolue.

***

**150. — Nouvelle méthode d'hystéropexie.** (*Congrès de Moscou*). — M. Beck (de New-York). — Voici la technique de cette méthode : l'abdomen est ouvert le long de la ligne blanche comme d'habitude : une petite incision suffit ; on saisit ensuite le fond de l'utérus au moyen d'une pince érigne, et on l'attire hors de la cavité péritonéale ; on choisit ensuite un des ligaments et on l'isole soigneusement. Cette opération se fait de la manière suivante : on commence par faire deux incisions superficielles d'à peu près deux pouces de longueur, qui vont de haut en bas, et qui commencent à un demi-pouce au-dessous de l'origine utérine du ligament. L'isolement se fait simplement au moyen d'une sonde cannelée ; l'opération est facile et ne donne lieu presque à aucune effusion de sang. La portion du ligament ainsi isolée est retirée de la cavité péritonéale au moyen d'une aiguille à anévrisme et tenue, hors de la cavité, tandis qu'en dessous les bords du péritoine sont réunis ; de cette manière, le ligament se trouve pour ainsi dire à cheval sur le péritoine.

Pour tenir le péritoine cinq ou six sutures suffisent. Ensuite, le ligament étant toujours soutenu, on réunit au-dessous de lui, de la même manière, les aponévroses et les muscles sur lesquels repose finalement le ligament qui se trouve de cette manière soutenu par presque toute la paroi abdominale. On pourrait encore faire une suture à travers la substance même du ligament. Les bords de la plaie sont réunis comme d'habitude, et enfin un troisième rang de sutures sur la peau termine l'opération. On pourrait se servir dans le même but des deux ligaments ronds : néanmoins, vu l'immense force de résistance de leur tissu fibreux, un seul suffit pour prévenir le prolapsus de l'utérus, une légère version latérale n'étant pas importante.

(*Rev. de thér. méd.-chir.*)

***

**151. — Formule contre l'aménorrhée.**—*Apiol injectable* (Roussel).

| | |
|---|---|
| Apiol cristallisé..... | 20 grammes. |
| Huile stérilisé, Q. s. pour..... | 100 centigr. |

Chaque centimètre cube contient 20 centigrammes.

Une ou deux injections par jour.

***

**152. — Imperforation du vagin.** M. F. Hüe fait une communication sur ce sujet à la Société de Médecine de Rouen.

Jeune fille de 14 ans et demi sans antécédents ; développement normal.

Il y a sept mois environ, elle fut prise d'une crise de douleurs vives dans le ventre et dans le dos, à la suite de laquelle elle eut une rétention d'urine pendant trois jours. On la sonda au dispensaire et elle eut immédiatement après une perte de sang assez abondante, d'un demi-verre, dit-elle. Ce sang était noir et violacé, mal odorant, et fut suivi d'un liquide jaunâtre, visqueux, sans odeur, dont l'écoulement dura trois jours. L'enfant est incapable de dire par quel orifice ce sang s'était fait issue, mais l'entourage pensa à des régles.

Rien de nouveau jusqu'à ces dernières semaines où la malade fut prise d'une nouvelle crise de douleurs abdominales avec rétention d'urine encore, mais aussi avec sensation d'une grosseur dans le ventre du volume d'une pomme environ. De nouveau, elle fut sondée au dispensaire et envoyée à l'hôpital le 2 mars. Examinée à l'entrée, on trouve une tumeur abdominale remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle est composée par la vessie distendue par plus de deux litres d'urine.

Après cathétérisme apparaît par derrière une autre tumeur moins volumineuse, mais mobile latéralement. Cette tumeur est inclinée à droite, peu douloureuse à l'exploration, paraissant venir du petit bassin, allongée, mate à la percussion. Elle n'arrive pas tout à fait à l'ombilic, mais son fond, s'en rapproche plus que du pubis.

Au toucher rectal, on sent tout le petit bassin rempli par une masse appartenant manifestement à la même tumeur qui bombe dans l'ampoule rectale. On cherche alors à pratiquer le toucher vaginal, mais cela est impossible.

La vulve, à l'examen, paraît très normale, à développement pubère. Il existe, au-dessous de l'urèthre un peu agrandi, une colorette hyménéale bien marquée. Si on en écarte les bords, on arrive, par derrière, sur une cloison chiffonnée, sans aucune dépression ni orifice quelconque. C'est un septum comme gaufré.

Le toucher rectal, pendant qu'une sonde est introduite dans la vessie qu'il faut aller chercher presqu'à 10 centimètres permet de se rendre compte que la tumeur doit être composée par l'utérus et la partie supérieure perméable du vagin dilatés par un hématocolpo-

mètre. Le cul-de-sac vaginal arrive à trois ou quatre centimètres du septum vulvaire.

A part cela, l'examen de la malade ne révèle aucune anomalie. Tous ses organes paraissent sains.

Opération le 18 mars. Chloroforme. La tumeur étant repoussée par un aide vers le périnée, j'incise transversalement dans les limites de l'hymen et je décolle avec des ciseaux et les doigts la paroi urétrale de la paroi rectale. Facilement, j'arrive ainsi sur la tumeur que je dénude sur une certaine étendue dans le but de l'attirer par la suite plus facilement en bas. Le cul-de-sac de la tumeur est ponctionné avec un trocart à hydrocèle et il s'écoule par la canule un litre de sang brun, couleur civet de lièvre, sans aucune odeur. La ponction est remplacée par une incision transversale et les bords de la poche vaginale attirés en bas sont suturés avec six ou sept points de catgut aux bords de l'incision vulvaire. L'index pénètre alors dans un vagin très dilaté et ne rencontre rien qui ressemble à un col utérin. Lavages intra-vaginanx au sublimé et au permanganate. Pansement à l'iodoforme. Suites très simples. Le cinquième jour, le doigt ne passe plus qu'avec difficulté ; la vulve et le vagin paraissent vouloir se cicatriser un peu chacun de leur côté. J'introduis alors trois gros drains dans le vagin en les laissant saillir à la vulve ; aujourd'hui, vous en trouverez quatre qui resteront jusqu'à ce que la cicatrisation entre vagin et vulve soit bien complète. La fillette les supporte très bien et ils permettent des irrigations quotidiennes au permanganate.

Quand je les ai introduits pour la première fois, il est sorti de nouveau une notable quantité de sang brun ; depuis, à peine quelques glaires. Jusqu'alors pas de règles normales ; mais il n'y a pas un mois que l'opération a été pratiquée.

D'un autre côté, par le toucher vaginal nous avons assisté à la reconstitution du col utérin. Il y a huit jours il consistait en un simple bourrelet au fond du vagin, avec au centre un orifice admettant la dernière phalange de l'index. Hier, l'orifice s'était notablement rétréci et le col était plus reconnaissable. De même les parois vaginales longtemps dilatées à l'extrême sont encore épaisses et rudes, comme un cuir.

(*Gazette des hôpitaux de Toulouse*, 31 juillet 1897, et *Semaine gynécol.*, n° 34, p. 370, 1897.)

***

**153. — Traitement du prurit vulvaire**, par le Dr Paul Parisot. — Le prurit vulvaire est une affection assez répandue et qui ne laisse, aux malades qui en sont atteintes, de repos ni nuit ni jour.

Les nombreuses et différentes interprétations qui ont été données de son étiologie, les multiples traitements qui ont été préconisés pour le combattre, indiquent suffisamment que le prurit vulvaire est une de ces maladies qui n'est pas encore entrée dans une phase définitive.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de signaler un mode de traitement conseillé par un gynécologiste allemand : P. Ruge, à la société obstétricale et gynécologique de Berlin (1).

Je ne nie pas, dit cet auteur, qu'il puisse exister des cas de prurit purement nerveux. Mais, sur un nombre déjà assez élevé, je n'en ai jamais rencontré un formel de cet ordre. Tous les cas que j'ai vus étaient sous la dépendance d'une irritation locale provoquée par des affections de la vulve, du vagin, de la portion vaginale du col, peut-être du col, et je pense qu'il ne ne peut être, ici, question que d'une irritation chimique ou bactériologique, bien que, jusqu'à ce jour, on n'ait pas réussi à démontrer la présence des bactéries spécifiques.

A mon avis, il s'agit donc d'effets d'une irritation locale et si cette manière de voir est exacte, il me semble qu'on aurait dû obtenir des résultats thérapeutiques plus satisfaisants. Or, de tous côtés, on parle de l'incertitude, de l'insuffisance de ces résultats. C'est que, d'après moi, le principe essentiel du traitement local a été négligé : *le nettoyage à fond de la région.*

A la vérité, Thomas Fritsch, etc... ont conseillé de procéder à ce nettoyage, mais il n'en ont indiqué ni le principe ni l'exécution. *Il doit être réalisé aussi rigoureusement qu'avant toute opération vaginale.*

Il faut laver, savonner, désinfecter avec le sublimé : vulve, vagin, col, aussi loin que le doigt peut atteindre.

Il faut laver jusqu'à ce qu'on ait la conviction qu'il ne reste plus de germes pathogènes. En terminant, on peut oindre la vulve avec de la vaseline phéniquée à 3 ou 4 %. Pour opérer le nettoyage pas de brosse, pas d'instruments qui pourraient produire de nouvelles lésions. Qu'on se serve des doigts. Et c'est le médecin lui-même qui doit opérer ce nettoyage à fond, et le refaire au bout de quelques jours. *Résultats immédiats et définitifs, sont la plupart du temps surpre-*

(1) Zeitch. f. Geb. u. gyn, Bd. XXXIV, Hft. 2, p. 355 ; cité par Labresquière, in *Ann. de Gyn.* janv. 1897, p. 80.

*nants*. Les cas, des plus légers aux plus sévères, ceux compliqués d'ulcérations profondes, guérissent étonnamment. Depuis des années, je traite ainsi, systématiquement, tous les cas de prurit, qu'ils soient ou non accompagnée de leucorrhée, et je puis seulement affirmer que le résultat, qu'il s'agisse de femmes âgées ou gravides, a été tout à fait extraordinaire.

Mais j'attache une très grande importance à ce que cette méthode thérapeutique, non très agréable, soit appliquée par une main intelligente.

***

**154. — Traitement de l'avortement incomplet par le sulfate de quinine**, par le Dr Paul Parisot. — Conclusions :

1° Le sulfate de quinine peut déterminer la contraction de la fibre utérine lorsque cette contraction, déjà mise en jeu, ne demande plus qu'à être réveillée ;

2° La contraction ainsi produite possède les mêmes propriétés que la contraction physiologique ;

3° L'action du sulfate de quinine sera d'autant plus efficace que la masse sur laquelle s'exercera la contraction utérine sera volumineuse et résistante ;

4° Etant inoffensive, la quinine peut toujours être donnée comme prélude à une intervention plus active.

D'après Misrachi, la quinine doit se donner à hautes doses : 4 grammes en quatre paquets, un toutes les heures et même toutes les demi-heures.

M. Schwab la donne à doses moins fortes : 1 gramme en deux paquets de 0 gr. 50 cent. administrés à dix minutes d'intervalle, suffit en général ; ce dernier auteur la prescrit quand la rétention placentaire simple dure depuis six heures au moins ; plus rapidement quand la rétention s'accompagne d'hémorrhagie ou de fièvre.

(*Revue méd. de l'Est.*)

---

*Directeur-Gérant*, Dr J. Chéron.

# TABLE DES NOMS D'AUTEURS


**A**

Abel.....373, 628
Adénot (d'Isgai)..... 351
Ahlfeld..... 381
Apostoli..... 468
Audebert.....489, 677, 682

**B**

Baecker..... 452
Bar.....365, 426
Barallier..... 281
**Batuaud**, 5, 12, 65, 130, 193, 257, 262, 321, 328, 641, 385, 449, 455, 513, 526, 577, 584
Baudran..... 683
Beck (Carl)..... 373
Beck (New-York)..... 538
Becigneul..... 29
Berger..... 216
Bianchi..... 167
Bidder..... 221
Bland Sutton.....237, 574
Bloc..... 430
Boas..... 575
Bogdanoff..... 380
Bonnifield..... 510
Boissard..... 582
Bossi (de Gênes)..... 111
Bouilly.....83, 435, 646
Boursier.....180, 535, 680
Brinkmann..... 243
Budin.....361, 425, 563
Bué (de Lille)..... 000

**C**

Cautru..... 702
Castan..... 497
Caunieu (de Bordeaux)..... 34
Camero..... 630
Chaleix-Vivie..... 513
Chamoin..... 122
Champion..... 374
Chavannaz..... 485
Charles.....517, 578
Charpentier.....284, 423
**Chéron** (Jules), 7, 12, 63, 127, 137, 192, 255, 262, 319, 328, 383, 447, 455, 512, 522, 526, 576, 584, 639, 703, 714
Chéron (Henri).....333, 392
Cittadini (de Bruxelles)....225, 641
Clafton..... 447
Cabin..... 313
Cogrel..... 546
Colle.....483, 484
Comby.....29, 163, 589
Cottret..... 190
Courtin..... 94
Cricex..... 162
Crouzat (de Toulouse)..... 363

**D**

Damas..... 514
Delassus (de Lille)..... 92
Demelin..... 547
Denissentro..... 118
Djemil bey..... 682
Dobronivaroff..... 636
Dœderlein..... 571
Dohrn-Eudolf..... 34
Dolché..... 449
Doléris.....219, 603, 660
Dollinger..... 387
Doumer (de Lille).....43, 500
Doyen..... 156
Dubar..... 231
Dubé..... 493
Duncan..... 000
Durante.....51, 193

**E**

Eiermann..... 553
Etienne..... 142
Endelman..... 36
Engelen (van)..... 635
Eustache..... 461
Eversbusch..... 635

**F**

Fauquez.....203, 267, 410
Favre..... 364
Fieux.....375, 445, 506, 632
Finger..... 567
Fuckelstein..... 679
Fochier (de Lyon.).....349, 429
Fraikin.....158, 676, 681
Fritsch..... 222
Froelich..... 108

**G**

Gallemaerts (de Bruxelles).... 226

Gallois.....214, 565
Geoffroy..... ..... 537
Georghin..... ..... 675
Gersung..... 171
Gessner..... 252
Gibert..... 93
Goubareff..... 379
Godson..... 701
Grammatkaté..... ... 254
Grousdeff..... 52
Grosy.....123, 249
Guéniot..... 355
Guérard (von)..... 170
Guilmard..... . 621
Guyeisse..... 365

H

Hallé..... 724
Haas..... ..... 178
Hassel (van)..... 232
Heil..... 383
Hernette..... 638
Herrgott..... 753
Herzfeld..... 740
Hofmeier. ..... .....444, 570
Howitz..... 501
Hussentein..... 326

J

Jacobs (de Bruxelles), 19, 60, 74, 133, 385
Jannesco (de Bucarest)..... 605
Jaworske..... 171
Jeaunel (de Toulouse)..... 363
Joerss..... .... 555
Jouin.....243, 674
Juge.....369, 508

K

Kameuskaia-Tschepetowa..... 65
Katz..... 104
Keipfer (de Bruxelles).....301, 476
Keiffer .....257, 657
Kollé... ..... ..... 550
Krajewski..... ..... 188
Kuhl..... ..... 110

L

Labusquière ..... 499
Lairé..... 189
Lambatte..... 254
Laroyenne.....181, 620
Launois..... 618
Lawson-Tait..... 438
Lefour..... 127
Lefranc..... 616
Le Gendre..... .....
Leiffort (de Nordhausen). ..... 439
Léméré ..... 55
Léopold (de Dresde)..... 533
Le Roy des Barres..... 197
Lop (de Marseille).....293, 362
Loumeau..... 238
Levy-Henry (de Berlin)..... 495
Lucas..... 96
Lutaud.....120, 182, 310, 434
Lvoff..... 179

M

Mackenrodt (de Berlin)..... 49
Maracco (de Rome)..... 51
Marfan.....186, 242
Marmonier..... 113
Martin..... 116
Maygrier.....153, 477, 480
Menge..... 387
Mercier .....674, 749
Mencière..... 241
Menu.....
Monod.....236 754
Monod (de Bordeaux(..... 535
Morain..... 57
Morris..... ..... 39
Morrow..... 102
Müller.....245, 382
Muret..... 115

N

Neumann.....161, 230
Nitot..... 98

O

Olshausen..... 371
Olénine..... 228
Olivier.....99, 377

P

Patay (de Rennes)..... 364
Pelzer..... 253
Perret .....428, 475
Peter (de Komgaberg)..... 42
Petit.....27, 504, 744
Petit (Paul).....92, 154
Pfanmenstiel..... 505
Pichevin.....28, 90
Pinard.....214, 414, 544
Pincus (de Dantzig)..... 390
Poirier.....
Porak..... 219
Pousson (de Bordeaux)..... 416
Pozzi ..... 433
Pruvost..... 287
Préyor (de New-York)..... 246
Puech..... 540
Pujol ..... 440

Q

Quenu..... 471
Quincieu..... 377

## R

Rapère..... 59
Reclus..... 417
Remfry..... 43
Remy..... 614
Rendu..... 724
Ricard.....283, 504, 744
Richelot..... 415
Rosenthal..... 496
Rossier.....49, 593
Roussel.....
Routier.....215, 282

## S

Sangline..... 70
Savoneski..... 69
Schaeffer..... 637
Schauta..... 502
Schiller..... 370
Schuhl..... 629
Schultze..... 308
Schwab.....342, 358
Schwartz..... 89
Sécheyron..... 229
Seeligmann..... 454
Segond (Paul)..... 374
Segond..... 619
Seuvre..... 66
Simons..... 317
Simon-Frédéricq (de Gand)... 99
Siron..... 51
Sneguirew.....
Sone..... 378
Sottas..... 139
Spillmann..... 142
Stieber (de Toulouse)..... 295

## T

Texier.....94, 220, 491, 561
Theilhalur..... 305
Thévenard..... 61
Tissier.....154, 674
Thorn (Magdebourg)..... 610
Touvenaint.....37, 38, 250
Tripier (de Lyon)..... 251
Tuffier.....

## V

Vagnez..... 155
Vahle..... 229
Varnier..... 529
Velde-Vande (de Leyde)..... 105
Verrier..... 751
Veuschlagel..... 700
Vignard (de Mantes)..... 62
Vigouroux..... 177
Villar..... 158
Vinay..... 634
Vitrac.....486, 487
Voger..... 58

## W

Walthard..... 233
Weber..... 551
Webster..... 130
Wesley-Bovee..... 126
Witte..... 444
Wratsch..... 54

## Z

Zepler..... 315

# TABLE DES MATIÈRES

## A


Accouchements (influence de l') sur les maladies nerveuses..... 747
— (de la manière de porter le secours médical dans les)..... 34
— (traitement des complications de l') ..... 110
— (injections vaginales après l') 176
— (traitement de la rupture de l'utérus pendant l')..... 188
— (un procédé exempt de danger pour provoquer l')..... 253
— prématuré..... 295
— (des fibromes pendant la grossesse et l')..... 301, 342
— (de l'utérus didelphe considéré dans ses rapports avec l'). Chéron 392
— (de l'utérus didelphe considéré dans ses rapports avec l'). Henri Chéron..... 333
— (emploi du sublimé dans les) 701
— chez les primipares..... 493
— (les pansements à l'acide picrique dans les déchirures du périnée après l')..... 512
Adhérences (des) balano-préputiales chez l'enfant. Fauquez.. 410
Albuminurie (observation d') grave 364
— des femmes enceintes.... 544
— (de l'influence de la mort du fœtus sur l') de la grossesse. 618
Aménorrhée (formule contre l') 755
— (substance ovarienne dans l') 242
Anesthésie (de l') obstétricale. 636
Annexite (tumeur cœcale prise pour une) droite..... 92
Annexes (progrès des tendances conservatrices dans le traitement des lésions des)..... 641
Ascite (de l') des jeunes filles. 83
Asthme (cas d') utérin..... 104
Atrophie (un cas d') spontanée Batuaud ..... 72
Avortement (de l') habituel... 284
— (de l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l') incomplet..... 358
— (traitement de l') incomplet 480
— (les dangers de l'emploi de la curette dans l') incomplet... 513
— (discussion sur l') habituel 423


## B


Bassins (hystérectomie totale chez une femme en travail à terme ayant un rétrécissement du). 214
— (rétrécissement du)...295, 361
Bicyclette (de la) chez la femme 305
— (la) au point de vue de la femme Fauquez.....203, 267
Blennorrhagie (traitement de la) chez la femme..... 567
Brides (traitement des) cervico-vaginales..... 255


## C


Camphre (sur l'emploi du) comme médicament antigalactologue 753
Cancer (des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie contre le) de l'utérus..... 435
— (étiologie du) de l'utérus.. 452
— (du) de l'..... 610
— (le) de l'utérus dans la grossesse..... 612
— aigu de l'utérus avec généralisation rapide..... 39
— (mode d'emploi du chlorate de soude dans le traitement palliatif du) utérin..... 63
— (un traitement du)..... 118
— (des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le) de l'utérus..... 189
— (traitement du) utérin inopérable..... 374
Cardiaques (accidents gravido-) 614
Castration (la) abdominale-totale pour les lésions septiques utéro-annexielles ..... 605
Césarienne (opération) consécutive à une erreur de diagnostic.. 682
— (opération)..... 414
— (3 opérations)..... 351
Chlorose (essai de traitement de la). Spillmann, Etienne..... 142
Col (tuberculose végétante du) de l'utérus..... 486
— (des indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du) de l'utérus 561
Constipation (cure radicale de la) chez la femme..... 390
— (traitement manuel de la). 455

Cordon (de l'épingle de sûreté pour remplacer la ligature du)... 281
— (traitement des hernies du) 511
— (insertion vélamenteuse du) pendant le travail..... .... 219
Couches (de l'hospitalisation des femmes en) infectées..... 477
— (du traitement de la fausse) imminente..... 51
Curettage (du) explorateur dans les affections utérines suspectes 252
Cystite (traitement de la) douloureuse par le curettage vésical chez la femme..... 630

## D

Déciduome malin..... 161
— (symptômes et natures du) malin..... 193
Désinfection de l'utérus..... 98
Déviations (troubles urinaires liés aux) utérines..... 000
— (traitement des rétro-) utérines 127
Dilatation de l'utérus..... 96
Diphtérie (un cas de) des organes génitaux externes chez une fillette 615
Dysménorrhée (sur quelques affections oculaires en rapport avec la)..... 226
— (lavements d'eau chaude dans la) des jeunes filles..... 251
Dyspepsie d'origine génitale.. 171
Dystocie consécutive à la vulvo-fixation..... 170
Douglassite (la) essentielle d'après l'école lyonnaise..... 325

## E

Eclampsie (la pression artérielle dans l') puerpérale..... 155
— (traitement de l') puerpérale 190
— (de l'étiologie de l')..... 364
— (traitement de l') puerpérale 444
Eclamptiques (lésion du foie et des reins chez les).....365, 207
— (présence dans l'urine de femmes) d'albumine..... 000
Electrique (thérapeutique)..... 468
Endométrite (l'acide lactique comme moyen de traitement de l')... 741
— (indications du curettage dans le traitement de l')..... 510
— (traitement des)..... 638
Entéro-colite (traitement de l') muco-membraneuse..... 383
Entéroptoses (mode d'emploi des injections de sérum artificiel dans les)..... ..... 703
Entéroptoses (traitement de l')... 575, 638
— (indications thérapeutiques de l') chez la femme..... 576
— (du régime alimentaire dans l') 639
Epithélioma du corps de l'utérus 127
Eventration (de l') post-opératoire 700
Exploration (de l') externe..... 533

## F

Fibromes (la torsion du pédicule des) utérins sous-péritonéaux 89
— utérin ayant donné lieu à des symptômes de grossesse.94, 491
— (crises épileptiques et) utérins 108
— (sur le traitement médical des) utérins..... 116
—(la dégénérescence maligne des) est-elle fréquente?..... 133
— (du traitement des) de l'utérus par la médication thyroïdienne 243
— (des) pendant la grossesse 301, 342
— (dangers de l'hystérectomie vaginale dans les)..... 374
— de l'utérus avec albuminurie 676
— (traitement des hémorrhagies utérines liées à la présence de) 447
— malins..... 487
— (nouveau traitement des) de l'utérus..... 500
— (traitement des) utérins... 502
— (complications infectieuses des) utérins..... 544
— utérin..... 635
— (de l'hystérectomie abdominale totale pour les)..... 736
Fibres (étude de la disposition normale des) musculaires de l'utérus 632
Fistules (traitement des) vésico-vaginales..... 216
— (concrétions vaginales consécutives à une) vésicale..... 220
— (Traitement de la) vésico-vaginale..... ..... 283
— (traitement des) vésico-vaginales.....380, 504
Fixation (critique de la vagino-) 109
Fœtale (note sur l'extraction de la tête) après décollation..... 489
Fœtus (hydropisie du) par rein gravidique..... 551
Fracture (un cas de) intra-utérine 219
Forceps (sur les applications de) 429

## G

Galactophorite double généralisée 675
Gravidique (recherches expérimentales sur l'auto-intoxication). 105
— (de la position élevée du bassin dans le traitement de l'urémie) 254
— (pneumococcie chez une). 634
Grossesse (de l'utérus didelphe considéré dans ses rapports avec la) et l'accouchement (Henri Chéron)..... 333
— (diabète et)..... 37
— (traitement du placenta dans les cas de) extra-utérine..... 62
— (le ptyalisme pendant la). 179
— extra-utérine.....215, 282
— (des médicaments contre-indiqués dans la)..... 231
— (examen bactériologique des sécrétions génitales dans la). 233
— (relation d'un utérus double, 55, 287
— (des fibromes pendant la) 301, 342
— extra-utérine abdominale secondaire..... 363
— (traitement de l'éventration consécutive à la)..... 360
— (de l'utérus didelphe considéré dans ses rapports avec la) (Chéron, Henri)..... 392
— gémellaire..... 428
— (le placenta et les fœtus dans la) gémellaire..... 426
— (des rapports réciproques de la) et de la parturition avec les tumeurs fibreuses de l'utérus.. 440
— (traitement du prurit vulvaire pendant la)..... 445
— chez les primipares..... 493
— extra-utérine..... 573

## H

Hémorrhagie du placenta..... 540
— (traitement des) utérines liées à la présence de fibromes... 447
— compliquant la vulvo-vaginite des petites filles..... 29
— (injections de sérum dans les) post-partum..... 97
— (les) dans la vulvo-vaginite 163
— (de la valeur comparative des principales méthodes de traitement de l')..... 369
— traitées par le tamponnement, 637
— (de l'emploi des injections de sérum à la suite d') post-partum 377
— (injections d'eau salée contre) de la délivrance..... 375
Hémorrhagie (traitement des) utérines par rétention placentaire 373
Hématome de la vulve et du vagin 616
Hématocèle (contribution à l'étude de l') rétro-utérine..... 61
— (de l'étiologie de l') rétro-utérine 483
Hépatoptose (de l') chez la femme 70
Hydrorrhée (sur certains cas d') consécutive aux opérations pratiquées dans le petit bassin. 236
Hymen (un cas d') double..... 228
Hystérectomie (l') abdominale contre l'hématométrie..... 539
— (des indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du col de l'utérus 561
— (à propos de l') abdominale totale..... 471
— vaginale totale..... 680
— (procédé d') abdominale totale 415
— (discussion sur l') abdominale totale..... 417
— (dangers de l')..... 374
— (de l'occlusion intestinale consécutive à l') vaginale..... 225
— (des résultats éloignés de l') vaginale dans le cancer utérin 189
— (modification à la technique de l') vaginale..... 60
— (sur deux cas d') abdominale totale pour fibrome..... 157
— (de l') abdominale totale pour les fibromes..... 000
— abdominale totale..... 000
— vaginale par morcellement 158
— (le décubitus acutus, complication possible de l') vaginale. 619
Hystérocopie..... 546
Hystéropexies considérées au point de vue obstétrical..... 547
— (un nouveau procédé d')..... 373
— (nouvelle méthode d')..... 538

## I

Injections utérines dans le traitement des inflammations de l'utérus..... 54
— de sérum dans les hémorrhagies post-partum..... 96
— (sur la question des) vaginales après l'accouchement..... 178
— (procédé pour pratiquer les) vaginales..... 381
— (sur les) intra-utérines.... 444
— (du traitement de la syphilis par les) intra-musculaires de sérum artificiel (Chéron)..... 714
Inflammations (méthode de Thure

Brandt dans les) génitales de la femme..... 65
Infection gonococcique généralisée (Rendu et Hallé)..... 724
— (des) intra-utérines..... 229
— (curettage répété dans l') puerpérale..... 506
— (un cas d') typhoïde intra-utérine..... 550
Intertrigo (traitement de l') abdominal..... 319
Intra-utérine (observations sur la thérapeutique)..... 315
— (traitement mécanique)... 317
Inversion (un cas d') utérine complète..... 99
Iodures (pourquoi faut-il administrer)..... 313

## K

Kyste muco-dermoïde de l'ovaire 535
— hydatique de la paroi abdominale..... 485

## L

Laparotomie (sur un procédé opératoire destiné à remplacer la) 246
— (de la mort après la)..... 222
Lait (dosage de la caséine dans le) de la femme..... 683
— (sur le) stérilisé..... 563
— (note sur la production du lait par les)..... 425
Lèvre (papillome de la grande) 158

## M

Mamelles (Hypertrophie des). 416
Mammifères (sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil circulatoire de l'utérus des) (Keiffer).... 657
— (anatomie et physiologie de l'appareil vasculaire de l'utérus chez les)..... 476
Massage de l'abdomen..... 702
— (du) gynécologique (Chéron, Batuaud)..... 12
— gynécologique (Batuaud). 139
— gynécologique..... 262
— (du) gynécologique..... 328
— (traitement des vomissements incoercibles par le)..... 537
Ménopause (la) et les reins.... 706
Menstruation (influence de la lactation sur la)..... 43
— (influence de l'électricité sur la) 43
— chez une fillette de 4 ans et 9 mois..... 66
Menstruation (des troubles de la) dans les maladies du cœur.. 621
Menstruelles inter- (des poussées congestives)..... 646
Métrites vaginales..... 189
— (traitement des).....254, 674
— (l'airol appliqué au traitement des)..... 497
Métrorrhagie (observation de) chez une fillette de 14 ans.....29, 255
Métrorrhagies..... 255
— (pathogénie des) rebelles. 27
— rebelles..... 92
— des jeunes filles.....181, 255
— (traitement médical des).. 434
— et maladies du cœur..... 449
— et mariage (Dr Eustache). 461
Môle (deux cas de) vésiculaires 473
Muqueuse (destruction de la) utérine par les caustiques..... 595
Myomes (traitement des) utérins 370
— (le traitement actuel des) utérins..... 438

## N

Neurasthéniques (régime alimentaire des)..... 177
Nourrices (quelques médicaments qu'il ne faut pas prescrire aux) (Bœssard)..... 582
Nourrissons (gastro-entérite cholériforme des)..... 186
— (purgatifs pour les)..... 242
— (la cystite chez les)..... 679
Nouveau-nés (respiration striduleuse chez les)..... 740
— (sur l'étiologie du pemphigus des)..... 42
— (sur l'hémorrhagie du cordon ombilical chez le)..... 55
— (traitement du muguet chez les).....123, 249
— (de la conduite à tenir en présence de) en état de mort apparente..... 308
— (de l'ésérine dans le traitement de l'ophtalmie des).... 635
Nymphomanie (traitement de la) 120, 310

## O

Obésité (le traitement de l') chez la femme..... 182
Opératoire (la voie) vaginale en gynécologie..... 571
Opothérapie ovarienne. Jacobs 74, 115
Ostéomalacie (traitement de l') puerpérale..... 49
Ovaire (note sur la situation de l') chez la femme..... 34
— (hernie de l') chez une enfant de 4 mois..... 237

Ovaire organothérapie par) ... 250
— (opération conservatrice sur l') 438
— (kyste muco-dermoïde de l') 535
— (sur la sécrétion interne de l') 553
Ovariotomie ..... 574
— vaginale..... 502
— (des dangers d'une conception trop rapprochée d'une)..... 620
Ovarienne (opothérapie). Jacobs 19
— (indications de l'opothérapie 385
— (insuffisance)..... 451

## P

Papillome de la grande lèvre.. 158
Parotidite dans les désordres pelviens..... 102
Pessaire (sur une modification au) de Hodge (Batuaud)..... 722
— (des)..... 526
Pelviennes (traitement rationnel des douleurs)..... 130
Placenta (traitement du) dans les cas de grossesse extra-utérine 62
— (insertion du) sur une tumeur utérine..... 153
— (hémorrhagie liee à l'insertion vicieuse du)..... 369
— (traitement du) prævia.... 383
— (tendances prolifératives du) 677
— (rétention du)..... 694
— (le) et les fœtus dans la grossesse gémellaire..... 426
— (un cas de) prævia total chez une primipare..... 475
— (hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du).....508, 517
— (hémorrhagie du)..... 540
— (traitement du) prævia.... 570
Primipare (rupture complète de l'utérus chez une)..... 36
Présentation (étude statistique sur la) du siège..... 430
Professionnels (intérêts)..... 596
Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez une petite fille..... 69
— (traitement du) génital chez la femme..... 154
— (de l'incontinence d'urine dans les) utérins..... 180
— (des opérations pour) utérin 382
Prurit (traitement du) vulvaire pendant la)..... 445
Puerpérale (le sérum antistreptococcique dans la septicémie. 51
— (traitement de la septicémie) par les bains froids..... 58
Puerpérale (de la blennorrhagie) de l'utérus..... 230
— (ictère grave fœtal dans l'état) 362
Puerpéralité (coliques hépatiques de la)..... 552
— (pneumococcie et)..... 629
Pyosalpinx et métrite..... 680
Pyosalpingite (traitement de la) 701

## R

Rectale (l'absorption) en gynécologie..... 444
Rein flottant (Sattas)..... 139
— (déplacement des) pendant la période de digestion..... 167
— (étiologie du) flottant..... 496
Rétrodéviations (traitement des) non adhérentes (Chéron, Batuaud) 12
— (les courants électriques dans le traitement des) utérines.. 122
— (traitement des) adhérentes 192
— (le traitement des) au 7e Congrès de gynécologie..... 321
Rétroflexion (traitement opératoire de la) utérine..... 52
— (un cas de) gravide..... 162
— (une complication rare de la) de l'utérus gravide..... 692
— (des opérations employées dans les)..... 379
Rétroversions (traitement des). 371

## S

Salpingite avec gonocoque.... 228
— (du diagnostic différentiel de la)..... 603
Schrœder (modification technique de l'opération de)..... 59
Sein (sur le pronostic actuel de l'extirpation du cancer du).. 555
Stérilité (des tiges intra-utérines dans le traitement de la) chez la femme..... 28
(traitement de la) chez la femme 495
Superfétation (sur un cas douteux de)..... 221
Sutures (résultats éloignés des) abdominales..... 628
Symphyséotomie (de la)..... 529
— (la) dans la clientèle..... 578
Syphilis (du traitement de la) par les injections intra-musculaires (Chéron)..... 714

## T

Tamponnement dans les hémorrhagies post-partum..... 637

Tranchées (traitement des) utérines 625
Tiges (indication des) intra-utérines 90
Travail (teinture d'iode contre les contractions tétaniques pendant le)..... 245
Trompe (chirurgie conservatrice de la)..... 17
— (hernie de l'ovaire et de la) de Fallope chez un enfant de 4 mois 239
Toux utérine..... 232
Tumeurs (traitement électrique des) fibreuses de l'utérus (Batuaud) p. 5
— (les) fibreuses au point de vue obstétrical..... 257
— maligne de l'utérus traitée par les toxines de l'érysipèle.... 378

## U

Urèthre (tumeurs de l')..... 238
Uréthrite (tiges d'ichthyol dans le traitement de l') blennorrhagique chez la femme..... 113
— (de la destruction du gonocoque dans le traitement de l') chez la femme (Chéron Jules).... 522

## V

Vagin (épithélioma du)..... 681
— (les microbes du)..... 387
— (hématome de la vulve et du) 616
— (tumeur vasculaire de la paroi antérieure du)..... 93
Vagin (de la cure opératoire de l'atrésie du)..... 49
— (de la columnisation du).. 377
— (ruptures de la paroi postérieure du) pendant l'accouchement. 706
— (de la présence de streptocoques dans le) des parturientes 229
— (kyste du)..... 231
— (deux cas de diphtérie du) traités par le sérum de Behring 243
Vagino-fixation de l'utérus.... 126
Vaginite-vulve (hémorrhagies compliquant la) des petites filles.. 29
Vaginite (traitement de la vulvo-) 589
— (les hémorrhagies dans la vulve) des petites filles..... 163
— (traitement des) des petites filles..... 247
Vésical (calcul) chez une petite fille 484
Vessie (recherche d'une épingle à cheveux dans la) d'une femme 439
Vomissements (eau oxygénée dans le traitement des) incoercibles de la grossesse..... 314
— (traitement électrique des) de la grossesse..... 500
— (traitement des) incoercibles par le massage..... 537
— (traitement des) de la grossesse..... 565
Valvulus congénital..... 674
Vulvaires (traitement et guérison sans douleurs des papillomes) 241
— (traitement du prurit)..... 57
— (du prurit)..... 499
— (traitement de l'anus) congénital..... 504
Vulvæ (le kraurosis)..... 199

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

41C
864